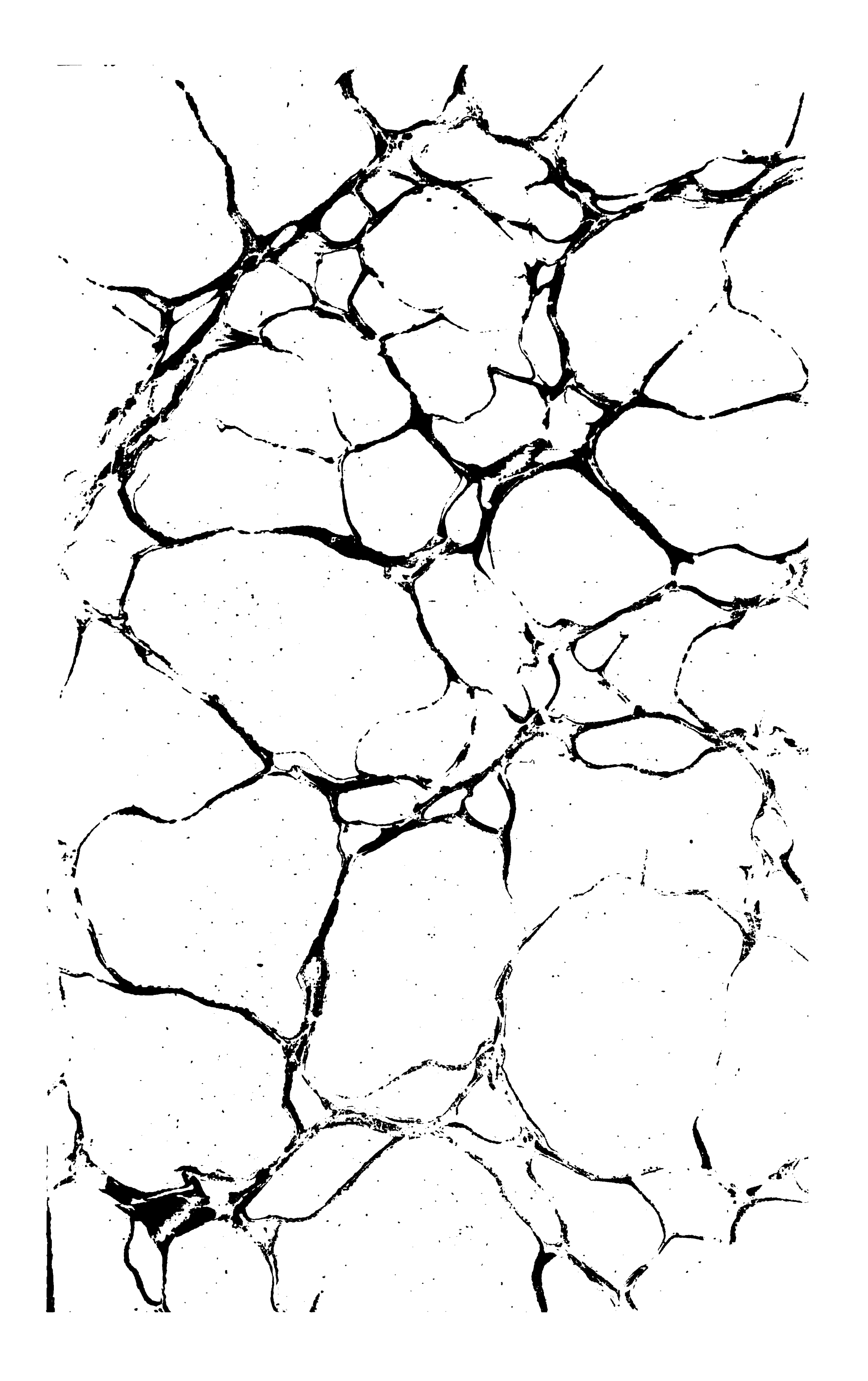



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

# L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

# RECHERCHES

## CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

# L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

COMPTE-RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1898

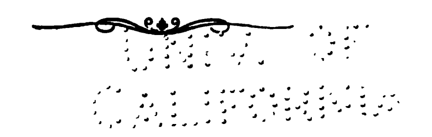
PAR

BOURNEVILLE

*Avec la collaboration de*

MM. CESTAN, CHAPOTIN, KATZ, NOIR (J.), PHILIPPE,
SÉBILLEAU ET BOYER (J.)

Volume XIX
*Avec 13 figures dans le texte et* XIII *planches.*



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard St-Germain, 108.

1899

PREMIÈRE PARTIE

---

# Histoire du service pendant l'année 1898.

*(Bicêtre et Fondation Vallée.)*

# PREMIÈRE PARTIE

## SECTION I : **Bicêtre.**

## Histoire du Service pendant l'année 1898.

---

### I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Il nous semble utile de rappeler au début de cet exposé, suivant notre habitude, la répartition des enfants de la 4ᵉ section du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre. Ils forment trois groupes principaux : 1° Les *enfants idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES ; 2° les *enfants idiots gâteux* ou *non*, mais VALIDES ; — 3° les *enfants propres, valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques* et *hystériques* ou *non*.

I. *Enfants idiots gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES. — Ce premier groupe est subdivisé en deux catégories. La première se compose des *enfants idiots complets*, ne parlant, ni ne marchant, considérés généralement, mais à tort, comme tout à fait incurables. La plupart d'entre eux sont, au con-

traire, susceptibles d'amélioration, même à un degré très notable. On leur apprend d'abord à se tenir debout à l'aide de *barres parallèles* (1), à marcher soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du *chariot ;* on fortifie leurs membres en exerçant successivement chaque jour et à plusieurs reprises toutes les articulations (*exercices des jointures*), en leur faisant des frictions stimulantes, etc... En 1898, un enfant a appris à marcher (2) ; 5 ont été rendus propres (3) ; 3 ont appris à manger seuls (4). Dès qu'un enfant marche sans aide, il est envoyé à la petite école, le matin pendant une heure ou deux, puis toute la journée, aussitôt que ses forces le permettent. Tous ces enfants sont placés sur les petits *fauteuils* spéciaux, que nous avons décrits, à l'usage des gâteux.

La seconde catégorie comprend les idiots absolument *incurables*, en beaucoup plus petit nombre qu'on ne le croit d'habitude, et les épileptiques devenus *déments* et *gâteux* sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent ; ils ne peuvent plus être que l'objet de soins hygiéniques et doivent former un groupe spécial. Aussi avons-nous fait aménager pour eux l'un des sous-sols encore disponibles où ils seront réunis et surveillés durant le jour. Cette installation, en train depuis 4 ans, est enfin achevée et nous servira également pour d'autres enfants, qui nous arrivent *tardivement*, à 14, 15, 16 ans, dont l'incurabilité est reconnue et que nous avons été obligé jusqu'ici de maintenir dans les écoles, au détriment des enfants éducables, où ils sont une occasion de trouble et qu'ils contribuent à encombrer sans aucun bénéfice pour eux. Nous n'avons pas pu faire

---

(1) Voir *Compte-rendu* de 1887, fig. 1, p. II.
(2) Pina.. — (3) Pina.., Guttef.., Dieh.., Bill.., Lin.. — (4) Dema.., Lin.., Bouff..

fonctionner ce service, l'Administration ne nous ayant pas encore accordé le personnel nécessaire.

II. *Enfants idiots gâteux* ou *non gâteux*, *épileptiques* ou *non* mais VALIDES (PETITE ECOLE). — Ces enfants fréquentent la *petite école* confiée exclusivement à des femmes. Dans le courant de l'année, 156 y ont été inscrits. Sur ce nombre 9 sont décédés, 2 sont sortis définitivement, 2 sont passés à la grande école, 2 ont été envoyés dans les sections affectées aux adultes et 8 ont été transférés.

Sur 133 enfants qui restaient à la petite école au 31 décembre 1898, 5 ne mangent pas seuls, 68 se servent de la cuiller, 40 de la cuiller et de la fourchette, 20 de la cuiller, de la fourchette et du couteau. Six enfants gâteux de ce groupe, sont devenus propres (1) ; 3 enfants ont appris à manger seuls (2) ; 8 enfants ont appris à lire (3).

Tous les enfants sont exercés à la gymnastique Pichery, sauf ceux qui, venus du premier groupe, c'est-à-dire des *invalides* étant encore trop infirmes, n'ont pu y prendre part. Vingt enfants de la *petite école* et de la *petite école complémentaire*, dont nous allons parler dans un instant, ont fait régulièrement les exercices de la grande gymnastique. — 19 enfants ont travaillé cette année dans les différents ateliers : tailleurs, cordonniers, vanniers, menuisiers, serruriers.

La *petite école* comprend : 1° le *traitement du gâtisme* qui consiste à placer, après chaque repas, les enfants gâteux sur les sièges d'aisance que nous avons décrits dans l'un de nos précédents *Compte-rendus* ; — 2° les *leçons de toilette* qui consistent à apprendre

(1) Quet.., Baudi.., Brégu.., Yvo.., Hour.., Lamb...
(2) Schei.., Rich.., Decuet...
(3) Schwartzb.., Hazel..., Bezomb.., Droua.., Largill.., Mant.., Vaill... Gauffen.

aux enfants à se laver la figure et les mains, à s'habiller, etc ; — 3° les exercices pour l'*éducation de la main*, des *sens* et de la *parole* ; — 4° les *leçons* de *petite gymnastique* ; — 5° les exercices élémentaires relatifs à l'*enseignement primaire* dont nous avons si souvent parlé dans nos *Compte-rendus* de 1880 à 1897 ; — 6° les *leçons de choses*, soit à l'école, soit dans les jardins (avec le tableau roulant), soit enfin dans les promenades.

*Petite école complémentaire.* — Elle est confiée à une femme dévouée, Mme Bonnet, qui s'est mise généreusement à notre disposition. Elle est aidée par une suppléante, Mme Cordonnier, qui a également la surveillance des deux dortoirs où couchent les enfants de cette école au nombre de 50. Mme Bonnet a, en outre, pour surveiller les enfants deux infirmières et une jeune malade arriérée de la Fondation Vallée, Briss., dont elle améliore d'ailleurs l'instruction. — Un enfant a été rendu *propre*.

Chai.. (Louis), entré le 28 janvier 1898, âgé de 7 ans 1/2. Microcéphale à un degré prononcé atteint d *idiotie* et *d'instabilité mentale*. Pris à son arrivée, l'enfant ne savait pas exprimer ses besoins et souillait journellement ses vêtements. Il était aussi très turbulent, très indocile, d'une attention presqu'impossible à fixer, éprouvant un besoin incessant de locomotion. On est parvenu à le faire rester assis en classe ; l'attention, sans être encore de longue durée, est assez soutenue pour permettre de lui donner quelques notions classiques. Il a appris à s'habiller et à se déshabiller seul ; sait lacer, boutonner ; noue encore imparfaitement. Il est parvenu à tracer des bâtons et des O assez régulièrement. Enfin il manifeste aujourd'hui ses besoins et ne se salit plus jamais.

Trois enfants ont appris à *lire couramment* :

1° Buz... (Albert), 11 ans, entré en novembre 1896. Pris à son arrivée, cet enfant n'avait aucune notion classique. D'intelligence tout à fait bornée, il ne comprenait pas le sens des questions qu'on lui posait et y répondait d'une façon absolu-

ment incohérente. De nature paresseuse, il ne se bougeait qu'avec peine, ne s'intéressant à rien. Cet état est resté presque stationnaire pendant 18 mois ; au bout de ce temps, l'intelligence a paru s'éveiller ; il a pris goût alors aux exercices classiques : il commença à syllaber en juin 1896 pour arriver à lire couramment en juin de cette année. Il fait aussi maintenant de petites dictées, quelques exercices de grammaire. En ce qui concerne le calcul, il connait l'addition et la soustraction avec retenues. Cet enfant qui, jusqu'alors, était d'une grande paresse pour tout travail manuel, secoue maintenant son apathie naturelle et commence à rendre de véritables services au nettoyage et à l'entretien de sa salle.

2° Gill.. (Louis), 8 ans. Atteint d'imbécillité intellectuelle avec perversion des instincs et fugues. Cet enfant est entré dans notre service le 27 décembre 1896. Au dire de ses parents, il se sauvait presque chaque jour de l'Asile où ceux-ci le conduisaient, ce qui les décida à le placer. A son entrée, Gill.. n'avait aucune notion classique ; très indicipliné, il a fini cependant par s'intéresser à la classe et lisait presque couramment lorsqu'en avril de cette année il fut atteint de teigne et que nous fûmes obligé de l'envoyer au pavillon d'isolement.

3° Hur.. (Eugène), 18 ans, atteint d'imbécillité prononcée et d'écholalie. Cet enfant est dans notre service depuis 12 ans ; il est entré à l'école de Mme Bonnet il y a 6 ans. A cette époque, il ne possédait aucune notion classique ; la parole, très défectueuse comme articulation, était compliquée d'écholalie. Voici comment s'exprime Mme Bonnet à son sujet : « Notre élève a commencé par rendre de nombreux petits services manuels et cela avec plaisir ; puis il a appris à écrire avec beaucoup de difficulté sans se rendre aucunement compte de ce qu'il écrivait. Nous désespérions d'obtenir jamais aucun résultat pour la lecture, lorsque cette année, grâce à l'emploi des *petits papiers* portant un mot imprimé, qui l'ont amusé et intéressé, cet enfant a réalisé des progrès que nous trouvons surprenants. Nous croyons pouvoir affirmer qu'il arrivera à lire dans le courant de 1899, ce qui sera pour nous un résultat inespéré ».

La parole a été aussi très améliorée, l'écholalie a complètement disparu. — Très borné pour le calcul, Hur.. commence seulement à comprendre et à faire l'addition seul.

Trois autres enfants sont en bonne voie pour la *lecture courante* : Cour... Mung... Eél...

Trois enfants ont été améliorés pour la *parole* :

1° Chai.. (Louis), enfant dont il a été question plus haut, au point de vue de la propreté, avait peine, à son arrivée, à former quelques petites phrases que l'articulation très défectueuse rendait absolument incompréhensibles ; il dit beaucoup plus de choses aujourd'hui, exprime ses besoins et quelques idées avec des mots nouveaux ; ces mots ne sont plus coupés, isolés comme au début, mais liés les uns aux autres pour former des phrases que l'articulation, très améliorée, rend enfin intelligibles.

2° Le Ro.. (Charles). Pris à son arrivée, le 25 septembre 1896, cet enfant ne prononçait que le seul mot : « maman ». Aujourd'hui il dit un grand nombre de mots, non pas correctement, car l'articulation est très anormale, mais enfin il parle et là était le but à atteindre.

« Nous procédons avec cet enfant, dit Mme Bonnet, comme avec un bébé de la première année, cherchant à lui faire prononcer le plus de mots possibles lui permettant d'exprimer ses besoins et d'entrer en relation avec les autres enfants, remettant à plus tard, lorsque l'intelligence sera plus éveillée, de réformer les nombreux défauts d'articulation. »

3° Mugn... (René), 9 ans. Atteint d'imbécillité intellectuelle compliquée d'une mauvaise audition, possédait à son admission une articulation des plus mauvaises, ne disant même pas nettement : « maman », puisque le m se changeait toujours en n. Le peu de sons que l'enfant prononçait étaient naseaux , les *k*, *f*, *s*, *ch*, *g*, *v*, *j*, étaient absolument nuls, remplacés le plus souvent par *n* ou *d*. Aujourd'hui, tous ces sons sont acquis (bien que laissant encore un peu à désirer dans l'ensemble). La lecture marchant de pair avec la parole, il est à espérer que cet enfant lira couramment dans l'année 1899.

Tous les enfants cités les années précédentes pour la parole continuent à s'améliorer, souvent lentement, mais sûrement ; l'intelligence continue à s'éveiller sensiblement ; c'est ainsi qu'on a pu faire germer chez quelques-uns d'entre eux des notions de morale. Il y a actuellement dans la classe de Mme Bonnet une vingtaine d'enfants qui, pris à leur arrivée, ne savaient absolument rien et qui maintenant font tous les

devoirs donnés journellement dans les écoles d'enfants normaux. C'est surtout, en mettant en relief les résultats obtenus chez ces enfants et chez ceux de la petite école, qu'il est possible de montrer aux plus sceptiques la possibilité de transformer intellectuellement des enfants réputés idiots.

III. *Enfants propres* et *valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques* et *hystériques* ou *non* (GRANDE ÉCOLE). — La population de cette école était de 168 enfants au premier janvier. Tous, sauf 21 qui ne peuvent travailler, ont fréquenté les ateliers par grande série. 17 ayant le certificat d'études, forment une division supérieure, ne vont à l'école qu'une demi-journée par semaine et restent, les autres jours, le matin et le soir, à l'atelier. Les autres enfants sont répartis en quatre classes (64, 43, 30, 31 enfants). Aux examens du *certificat d'études* qui ont eu lieu à Villejuif, au mois de mars, sur 4 enfants présentés, 3 ont été acceptés (Jum.., Boisd.., Marchand...) (1).

Cette année encore, nos instituteurs et leurs aides, ainsi que les sous-employées attachées aux écoles, afin d'être mieux en mesure d'améliorer la prononciation des enfants et de développer leur parole, ont été envoyés successivement, par séries, au nombre d'une vingtaine, à l'*Institution nationale des Sourds-muets*. De plus, comme nous avons un certain nombre d'enfants *aveugles*, nos auxiliaires sont également allés à diverses reprises à l'*Institution des jeunes aveugles*. Il s'agit là d'ailleurs d'une pratique ancienne pour laquelle MM. les directeurs de ces établissements, veulent bien chaque année nous prêter leur concours. Nous ne saurions trop remercier MM. Martin et Debas, directeurs de ces deux instituts.

---

(1) A cet examen 9 infirmiers de l'École municipale d'Infirmiers et d'Infirmières de Bicêtre ont obtenu le certificat d'études.

*Enseignement du chant.* — Cet enseignement est fait par M. SUTTER depuis le 1er janvier 1895. Conformément à nos instructions, il s'est occupé successivement de tous les enfants. Il a divisé ceux de la petite école complémentaire en deux sections et ceux de la grande école en trois sections. Aucun d'eux ne savait lire la musique et ne possédait de notions sur la théorie musicale, sauf une demi-douzaine d'enfants appartenent à la *fanfare*. Presque tous les enfants savent, aujourd'hui, lire eux-mêmes les notes, en connaissent la valeur et possèdent les notions élémentaires de la théorie de la musique. Quand les enfants sont suffisamment avancés pour bien lire un morceau de chant et l'apprendre avec fruit, on leur fait chanter des chœurs à deux, puis à trois parties.

En maintes circonstances, tous les samedis où nous avons des visiteurs, nous avons réuni les petites filles de la Fondation Vallée avec les garçons de Bicêtre et nous les avons fait chanter ensemble dans les chœurs. Tous les six mois nous faisons relever l'étendue et le timbre de la *voix* des enfants. Ce travail nous fournira, croyons-nous, des renseignements intéressants sur la *mue* de la *voix* au moment de la *puberté*. Ces recherches avaient déjà permis de constater, en 1895, 1896 et 1897 que chez les épileptiques, qui sont dans leurs périodes d'accès, le timbre de la voix devient moins clair et moins sonore et que son étendue diminue parfois très-notablement. La pratique de l'année 1898 a confirmé ces constatations et fait voir aussi que, à la suite des pratiques solitaires, la voix est également modifiée. Le nombre des enfants qui participaient à l'enseignement du chant était de 376 à la fin de 1897 et de 365 à la fin de l'année 1898.

*Escrime.* — Cet exercice s'est fait régulièrement

sous la direction de M. Toquin, prévôt au fort de Bicêtre, qui s'en est acquitté consciencieusement.

*Danse*. — Les exercices de danse ont eu lieu régulièrement sous la direction de M. Landosse, un de nos instituteurs. 70 enfants y participent ; sur ce nombre 45 savent danser la polka, 32 connaissent la polka, la mazurka et la scottich et 27 connaissent toutes les danses de caractères. Les 20 enfants signalés l'année dernière comme sachant les deux premières figures du quadrille, en connaissent aujourd'hui toutes les figures. Une série nouvelle de 15 enfants sait les deux premières figures.

*Société de gymnastique*. — Les enfants faisant partie de cette société, au nombre de 21 ont fait comme l'année précédente une promenade à Robinson. Ils ont pris part en outre, sous la direction de leur maître dévoué, M. Goy, à un concours de gymnastique organisé par la commune du Kremlin-Bicêtre où ils ont obtenu un prix en argent de 25 francs.

*Fanfare et Orphéon*. — La fanfare et l'orphéon sont placés sous la direction de M. Sutter, professeur de chant. La fanfare se compose de 16 exécutants parmi lesquels un de nos anciens malades, Bia...., guéri mentalement et passé comme atteint d'hémiplégie incomplète dans l'une des divisions de l'hospice. Elle a prêté son concours à la distribution des prix de l'École d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre et de la Salpêtrière. Elle a également assisté à un festival à Charenton.

Les répétitions de la fanfare sont malheureusement interrompues depuis plusieurs mois déjà faute d'instruments ; il est à craindre que les enfants n'oublient ce qu'ils savent. Plusieurs fois et en vain, nous avons réclamé à l'Administration, de bien vouloir donner une suite favorable à la demande que nous avons faite pour l'achat des instruments nécessaires.....

M. Sutter fait à 35 enfants de la Petite École un cours spécial de solfège. Ces cours ont lieu deux fois par semaine et ont pour but de préparer de nouveaux *musiciens* à la fanfare.

*Musée scolaire.* — Ce musée continue à servir aux *séances de projection*, aux *leçons de choses*, aux *lectures récréatives.* Il s'est notablement enrichi tant au point de vue de la bibliothèque qu'au point de vue des figures pour projection. — L'Administration a acheté, *avec des dons* (1), cette année 67 nouveaux volumes, ce qui porte à 536 le nombre des volumes de la *Bibliothèque des enfants.*

Le 1er janvier 1898, le *nombre des vues* pour projections était de 857, à la fin de l'année ce chiffre était porté à 1259, soit une augmentation de 402 vues sur l'année précédente. Diverses de ces vues ont été utilisées par M. Bonnaire, professeur à l'Ecole municipale d'infirmières, pour son cours d'anatomie et de physiologie. Les séries nouvelles sont : Les phares, la digestion, la respiration, la circulation, Marseille, la pêche, voyages dans la Méditerranée, dans l'Amérique du Nord et l'Amérique du Sud. — Les autres vues augmentent ou complètent les séries déjà existantes.

*Société des jeux.* — La société des jeux a fonctionné cette année encore sans qu'on ait eu à prélever de cotisations. Elle a donné cinq concerts organisés par les enfants. Un de ces concerts a été suivi de bal. Les bénéfices réalisés à ces matinées ont servi, comme l'année précédente, à des promenades ; cette fois-ci elles ont eu lieu à Créteil et à la Varenne-Saint-Hilaire. Tous les enfants valides de la section, les petites filles

---

(1) Légation du Japon (50 fr.), Commission de surveillance des Asiles (30 fr.), Mme Streiffling (20 fr.).

de la Fondation Vallée et leurs parents assistent à ces fêtes.

*Promenades et distractions.* — Les enfants de la grande et ceux de la petite école qui sont propres ont continué à faire des promenades soit à Paris, soit aux environs. Dans ces promenades les instituteurs et les institutrices *doivent* donner des *leçons de choses* et exercer les enfants aux jeux de *balle* et de *ballon*. Voici l'énumération des principaux endroits où ils sont allés en promenade cette année : Arcueil, Créteil, Cachan, Bois de Gournay, Fête de la place d'Italie, Fête du Lion de Belfort, Foire aux pains d'épices, Gentilly, Gare Montparnasse, Jardin des Plantes, Jardin d'Acclimatation (1), Jardin du Luxembourg, Manufacture des Gobelins, Musée de Cluny, Parc de Montsouris, Place de l'Hôtel de Ville, Place de la Salpêtrière, Robinson, Square Cluny, Saint-Mandé, Villejuif, Vitry, etc...

Les *distractions* ont été nombreuses. Notons la distribution des jouets du jour de l'an, donnés par l'Administration ; les déguisements du Mardi-Gras et de la Mi-Carême ; la distribution des jouets de Noël offerts par la Société du « Joyeux Noël. » Nous adressons à cette société tous nos remerciements. A citer aussi le concert organisé par les acteurs et actrices des principaux théâtres et concerts de Paris ; le concert du 25 mars organisé par la famille Just-Lamberty ; une séance de prestidigitation ; une conférence avec projections, faite par M. le Dr Lepique sur le pays des pêcheurs d'Islande ; — plusieurs représentations gratuites dans divers cirques et théâtres installés à la Foire au pain d'épices, à la Fête du Lion de Bel-

(1) Nous profitons de l'occasion pour remercier très-vivement le Directeur du Jardin d'Acclimatation, M. A. PORTE, qui veut bien, chaque année, sur notre demande, autoriser nos enfants et les petites filles de la Salpêtrière à visiter ce bel établissement.

fort et sur l'Avenue de Bicêtre, enfin cinq matinées, dont une suivie de bal, organisées par les enfants.

Les *jardiniers* sont allés à l'*Exposition* de *chrysanthèmes* et à l'*Exposition* d'*horticulture*. Les *imprimeurs*, sous la conduite de leur maitre, ont visité dans tous ses détails l'*École Estienne* dont le directeur M. FONTAINE, a bien voulu leur expliquer le fonctionnement.

*Visites*. — Les enfants ont reçu 15.098 visites ; les visiteurs ont été au nombre de 9.486. Voici la statistique des *permissions de sortie* et des *congés* :

| | |
|---|---|
| Permissions de sortie d'un jour......... | 46 |
| — — 2 jours........ | 66 |
| Congés de 3 jours..................... | 23 |
| — 4 — ..................... | » |
| — 5 — ..................... | 636 |
| — 6 — ..................... | » |
| — 8 — ..................... | 17 |
| — 15 — ..................... | 7 |
| — 30 — ..................... | 3 |
| Total .................. | 798 |

Nous n'insisterons pas sur les nombreux avantages des visites des familles, des permissions de sortie pour la journée et des congés. Nous nous bornerons à répéter ce que nous avons dit bien des fois : « Ajoutés aux *promenades* et aux *distractions*, ces *sorties*, ces *congés*, qui n'offrent aucun inconvénient et qui font réaliser des *économies notables* (1), nous fournissent un excellent moyen de maintenir la discipline et d'encourager les enfants. Ils rendent le séjour à l'asile-école plus supportable et contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants. »

(1) Il n'y a pas eu moins de 3.563 jours d'absence d'enfants ; le prix de journée étant de 2 fr. 20, il s'en suit une économie *pour l'Assistance publique* de 7.838 fr.

*Vaccinations et revaccinations.* — Nous avons continué, comme les années précédentes, la vaccination et la revaccination de tous les malades entrés durant l'année et les enfants dont la revaccination remonte à 7 ans. Comme d'habitude, cette opération a été pratiquée par les élèves de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, sous notre direction et celle de nos internes. Elles ont été au nombre de 60. M. Pinon, directeur de l'hospice, s'est fait revacciner, ainsi qu'une sous-surveillante et quatre infirmières.

*Service dentaire.* — M. le Dr Bouvet a continué à venir presque chaque semaine donner des soins à nos malades au point de vue de la dentition et de l'hygiène de la bouche et à relever chaque année les modifications survenues dans la *dentition des enfants.* Nous n'avons eu qu'à nous féliciter de son service. Nous rappellerons qu'en faisant instituer le service dentaire, notre but était d'avoir, chaque année, une note, prise par un homme compétent, sur la *dentition de tous les enfants.*

*Bains et hydrothérapie.* — Les *bains* et les *douches*, joints à la *gymnastique*, à l'emploi des *bromures*, surtout à l'élixir polybromuré (Yvon), du bromure de camphre du Dr Clin, plus actif et plus absorbable que les autres préparations similaires qui nous ont été fournies par l'Administration, et des médicaments antiscrofuleux, ont continué, comme pas le passé, à être la base du traitement en 1898. Nous avons essayé aussi le *sédum acre* et l'*éosinate de sodium.* Nous en parlerons dans le prochain *Compte-rendu.*

Il a été donné dans le cours de l'année 19.181 bains ainsi répartis :

| | |
|---|---|
| Bains simples | 16.594 |
| — salés | 798 |

| | |
|---|---|
| Bains d'amidon | 526 |
| — alcalins | 428 |
| — de son | ,6 |
| — au personnel | 832 |
| Total | 19.181 |

| | |
|---|---|
| Bains de pieds | 10.150 |
| Douches | 67.135 |
| Douches aux malades externes | 1.393 |

Nous avons eu recours aussi, comme les années précédentes, à la *médication thyroïdienne* chez un certain nombre de malades, *idiots myxœdémateux, nains* et *obèses*.

*Améliorations diverses.* — M. Mesnard, le premier de nos instituteurs, a obtenu au mois de janvier une gratification de 50 francs pour son zèle et son exactitude. — Le traitement de M. Camailhac a été porté de 1.600 à 1.800 francs. — Une gratification de 75 francs a été accordée à chacun de nos instituteurs.

Mentionnons encore parmi les améliorations diverses, l'achèvement de l'installation du sous-sol du 3e pavillon, destiné, ainsi que nous l'avons dit plus haut, à servir de salle de réunion et de nettoyage à une certaine catégorie d'enfants : adolescents *incurables*, épileptiques et idiots. Parmi les autres améliorations réalisées dans le service, signalons la réfection de la peinture des murs de la galerie couverte et de la confection par les enfants de la menuiserie d'une petite table et de deux bancs, destinés au *réfectoire* des enfants de la Petite École, et en harmonie avec leur taille.

*Visites du service.* — La section a été visitée, en 1898, par M. Bruce (de Londres) ; Dr Bela-Kélen (de Saint-Pétersbourg) ; M. Baudoin, architecte-voyer à Dun-sur-l'Aurore (Cher) ; Dr J. Battino, ex-interne des hôpitaux réunis de Saint-Claire à Pise et de la clinique

médicale du professeur Corderelli, assistant à l'hôpital des incurables à Naples; M. Bloch (Maurice), agrégé des lettres, directeur de l'École Bischoffsheim; Dr Alb. Bjorkman (de Finlande); Dr Chaddock (de Saint-Louis) Dr Dmitrevsky, médecin suppléant de l'hôpital Notre-Dame des affligés, à Pétersbourg; Dr J. Forsmann, assistant à l'institut pathologique de l'Université de Lund (Suède); Dr Fchistovich, de l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg; Dr de Gothard (de Buda-Pesth); Dr Hollarits, de Pétersbourg; M. Hamilton, docteur en médecine; Dr Huet (d'Amsterdam); Dr J. Hagelstan, docent à l'Université d'Helsingfors (Finlande); M. Hissing; Dr Jonès (de Bueuos-Ayres); M. Jakowleff de (Pétersbourg); Dr P. Minos (de Londres); Dr Mac-Latchie (d'Edimbourg); Dr Magnus (de Christiania); Mlle Rabinouwicth (de New-York); Dr Sommer (de Giessen); Dr Et. de Saint-Hilaire, médecin de l'Institut départemental des sourds-muets; Dr G. de Voss (de Pétersbourg); Mlle E. Volovatz externe, des hôpitaux; Dr A. L. Warner (de Chicago).

De même que les années précédentes, la Commission de surveillance des Asiles de la Seine a visité le service le 7 juin 1898.

Nous consacrons d'habitude la matinée du samedi à recevoir les visiteurs. Presque tous ceux dont nous venons de citer les noms sont venus ce jour-là. Nous prévenons, pour eux, le professeur de chant et celui de gymnastique, dont les heures de leçons ne coïncident pas avec l'heure de notre visite. En leur demandant ce déplacement et en nous imposant la fatigue très grande de montrer non seulement la disposition du service des enfants, mais encore son *fonctionnement* dans tous ses détails, notre but est de faire comprendre aux visiteurs l'importance de l'œuvre que nous avons pu réaliser avec l'appui du Conseil municipal, et de fournir à beaucoup d'entre eux les arguments qui militent

en faveur de l'hospitalisation de cette catégorie d'enfants anormaux et les convaincre de la possibilité de les améliorer et même de les guérir par l'application régulière, méthodique et prolongée du *traitement médico-pédagogique*.

*Musée pathologique.* — Le musée s'est enrichi notablement en 1898, ainsi que le montre le tableau suivant :

| | 1885 | 1886 | 1887 | 1888 | 1889 | 1890 | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 | 1897 | 1898 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bustes et plâtres ... | 100 | 136 | 161 | 180 | 206 | 231 | 251 | 277 | 297 | 317 | 343 | 378 | 444 | 475 |
| Plâtres divers...... | 18 | 24 | 24 | 28 | 30 | 33 | 33 | 33 | 33 | 34 | 34 | 34 | 36 | 36 |
| Squelettes entiers .. | « | « | « | « | 5 | 11 | 11 | 17 | 27 | 38 | 39 | 41 | 49 | 54 |
| — de tête. | 17 | 22 | 25 | 38 | 45 | 58 | 62 | 72 | 80 | 103 | 115 | 13[illegible] | 184 | 198 |
| Calottes crânienn$^{es}$. | 100 | 123 | 156 | 177 | 190 | 209 | 222 | 248 | 268 | 288 | 308 | 340 | 226 | 254 |
| Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (enfants et adultes). | 101 | 126 | 162 | 188 | 310 | 335 | 353 | 381 | 401 | 419 | 444 | 477 | 32[illegible] | 35[illegible] |

Nous avons continué, comme les années précédentes, à reprendre dans le cimetière de la commune de Gentilly, lors du relèvement des corps de nos malades décédés il y a cinq ans, les *crânes* et les *squelettes entiers,* quand il s'agit d'hémiplégiques ou de malades dont le squelette présente des particularités. C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre musée depuis l'année 1887 (1). Le musée reçoit en outre toutes les *photographies* des malades décédés, leurs *observations* reliées chaque année, qui forment actuellement 26 volumes, les *photographies des cerveaux* qui composent 8 volumineux *Albums*, les *cahiers scolaires* que nous avons institués dès 1880, c'est-à-dire 7 ans avant leur introduction officielle dans les écoles publiques.

Les visiteurs peuvent, au moyen du *Catalogue* que

(1) Autorisation de M. Gragnon, Préfet de police, en date du 7 février 1887.

nous avons refait entièrement nous-même, en 1897, avoir tous les renseignements désirables sur les pièces anatomo-pathologiques du musée. Notre ancien interne, M. le Dr JULIEN NOIR a été nommé conservateur du musée par arrêté en date du 9 octobre 1897, en remplacement de M. Sollier, démissionnaire.

## II.

## ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Cet enseignement a été dirigé en 1898, de même que les années passées, par MM. LEROY pour la *menuiserie* (1882-1898), ALLÈNE pour la *couture* (1883-1898), DUMOULIN pour la *cordonnerie* (1888-1898), MORIN pour la *vannerie*, le *paillage* et le *canage des chaises* (1889-1898), MERCIER pour la *brosserie* (1889-1898), MARÉCHALLAT pour l'*imprimerie* (1889-1898), G. GAIE pour la *serrurerie* (1895-1898), MESNARD pour le *jardinage* (1896-1898).

De même aussi que les autres années, nous n'avons qu'à les féliciter tous, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à donner l'*instruction professionnelle* aux enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur imprimer. Le tableau suivant met en évidence les résultats obtenus en 1898 par nos chefs d'ateliers (p. XX).

Les travaux du *jardinage* seuls ne sont pas évalués. Il est, en effet, assez difficile de faire une estimation précise. Pourtant nous croyons que l'Administration aurait intérêt à essayer d'en avoir tout au moins une évaluation approximative. Peut-être un jour s'y décidera-t-elle. A notre ami, M. le Dr Napias, d'intervenir dans ce sens.

Les sept maîtres, non compris le jardinier dont le

| ATELIERS. | DATE DE L'OUVERTURE | 1892 | | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Nombre d'apprentis au 31 décembre | Valeur de la main-d'œuvre | Nombre d'apprentis au 31 décembre | Valeur de la main-d'œuvre | Nombre d'apprentis au 31 décembre | Valeur de la main-d'œuvre | Nombre d'apprentis au 31 décembre | Valeur de la main-d'œuvre | Nombre d'apprentis au 31 décembre | Valeur de la main-d'œuvre | Nombre d'apprentis au 31 déc. | Valeur de la main-d'œuvre | Nombre d'apprentis au 31 décembre | Valeur de la main-d'œuvre |
| **Menuiserie**.. | 16 sept. 1883 | 22 | 5386 35 | 20 | 5030 60 | 18 | 4254 60 | 19 | 5108 40 | 24 | 5008 60 | 24 | 5112 » | 20 | 5147 70 |
| **Serrurerie**... | 16 janv. 1884 | 14 | 4152 » | 15 | 3709 » | 14 | 2934 » | 12 | 3987 » | 12 | 4079 50 | 14 | 3806 » | 15 | 3844 » |
| **Vannerie**.... | 20 oct. 1884 | 22 | 3159 45 | 21 | 2515 25 | 19 | 2488 65 | 17 | 2253 25 | 13 | 2121 70 | 12 | 2070 35 | 15 | 2301 55 |
| **Rempaillage** | 16 janv. 1885 | 10 | 733 50 | 9 | 500 75 | 7 | 336 75 | 6 | 255 20 | 4 | 230 05 | 2 | 203 » | 2 | 179 25 |
| **Couture**..... | 8 oct. 1883 | 64 | 5942 50 | 57 | 6148 35 | 51 | 5323 85 | 54 | 4489 90 | 52 | 5441 55 | 51 | 6226 » | 47 | 4701 25 |
| **Cordonnerie**. | 8 oct. 1883 | 38 | 3568 75 | 52 | 3821 50 | 41 | 3376 50 | 34 | 4062 25 | 32 | 4032 25 | 28 | 3545 50 | 27 | 3724 75 |
| **Brosserie**... | 26 nov. 1888 | 9 | 4388 80 | 11 | 6096 80 | 13 | 4510 » | 14 | 6407 50 | 8 | 4357 10 | 10 | 4842 60 | 8 | 4842 30 |
| **Imprimerie**. | 8 juin 1889 | 13 | 6911 » | 13 | 5844 » | 10 | 4264 » | 12 | 5430 » | 10 | 4802 » | 9 | 5438 45 | 10 | 4569 60 |
| | Totaux.... | 192 | 34242 35 | 198 | 33666 25 | 175 | 27588 50 | 167 | 31997 10 | 159 | 30072 75 | 187 | 31243 90 | 162 | 29310 40 |

| ANNÉES | Nombre d'apprentis | Travail évalué | ANNÉES | Nombre d'apprentis | Travail évalué |
|---|---|---|---|---|---|
| 1884.......................... | 91 | 13.775 » | 1888.......................... | 184 | 21.254 » |
| 1885.......................... | 107 | 16.074 » | 1889.......................... | 187 | 21.752 20 |
| 1886.......................... | 159 | 17.876 » | 1890.......................... | 187 | 29.932 60 |
| 1887.......................... | 197 | 18.107 » | 1891.......................... | 162 | 31.762 75 |

travail de ses apprentis et le sien dépassent assurément le salaire — sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50.

*Le* TRAVAIL DES ENFANTS, 29.310 fr. 40, *couvre donc :* 1° *la dépense occasionnée par le* SALAIRE DE LEURS MAITRES ; — 2° l'*intérêt* à 4 °/₀ — taux au-dessus du cours actuel — du capital employé pour la construction des ateliers (210.000 francs). De plus, il y a un bénéfice de 4.302 francs qui vient atténuer les dépenses d'entretien des enfants.

Voici l'énumération des produits fabriqués par les ateliers en 1898 :

BROSSERIE.

12.645 brosses en tous genres (dont 11.000 pour le Magasin Central).

VANNERIE.

324 mannes neuves fabriquées (dont 185 pour le Magasin Central), 250 mannes réparées, 160 chaises cannées et rempaillées.

COUTURE.

769 pantalons, 683 vestons, 611 gilets, 132 robes, 182 maillots, 15 maillots de force.

MENUISERIE.

1 échelle simple, 5 échelles doubles, 15 coffres divers, 31 casses d'imprimerie, 2 armoires, 1 meuble à 2 corps pour les photographies, 6 bancs, 3 tables, 2 tableaux pour les classes, 1 table scolaire, 1 meuble pour l'imprimerie (Fondation Vallée), divers objets pour l'enseignement; installation complète du nouveau sous-sol et croisées. Tout le travail fixe neuf du service et toutes les réparations diverses.

SERRURERIE.

4 fauteuils en fer, 172 porte-vases pour chaises de gâteuses, 180 ferrrures et charnières, 20 réparations de fauteuils en fer. — 290 objets en bois faits au tour : pieds de meubles, pieds de table, poignées, boules, cylindres, cônes, etc. — Ferrage de tous les meubles, échelles, coffres divers, tonneaux, boites, etc, confectionnés par la menuiserie. — Fait toutes les réparations journalières du service.

CORDONNERIE.

806 paires de chaussures neuves, 675 ressemelages.

IMPRIMERIE.

*Compte-rendu* du service de l'année. — Ordres du jour des Commissions. — Affiches diverses. — Entêtes de lettres, registres et tableaux divers pour Direction et Économat. — Circulaires pour le bureau de la 5me. — Bons de tabac. — Palmarès, relevés de points, présences, etc., pour les Écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. — Travaux divers pour les hôpitaux et hospices : Boucicaut, Bicêtre, Maison de santé, Ricord, Saint-Louis, Salpêtrière. — Travaux pour la Société des Sous-employés de l'Assistance publique : affiches, cartes, procès-verbaux, compte-rendu, feuilles d'admissions, carnets de bal, fiches, etc., etc.

Nous n'insisterons pas sur les avantages que procurent ces ateliers tant au point de vue de l'intérêt des malades qu'à celui de l'Administration. Nous ajouterons seulement qu'il serait convenable, à tous les égards, que nos anciens malades qui passent soit dans les sections d'aliénés adultes, soit dans la division des incurables de l'hospice, trouvent un meilleur accueil dans les ateliers de l'hospice et que les chefs de ces ateliers leur témoignent plus de bienveillance. Il y va et de l'intérêt des malades, supérieur à toute autre considération, et de l'intérêt financier de l'Administration.

Tel est le résumé de l'*enseignement professionnel* en 1898. Il importe de ne pas oublier que nos ateliers ne sont nullement comparables à ceux de l'orphelinat Prévost à Cempuis et de l'école d'Alembert à Montévrain, par exemple, où les apprentis sont des *enfants* NORMAUX, sains de corps et d'esprit, et même choisis parmi les plus intelligents des candidats. Nos apprentis, à Bicêtre, sont non seulement des *enfants* ANORMAUX, mais encore des *enfants* MALADES : quand ils ont, les uns des *accès épileptiques*, convulsifs ou psychiques, les autres des *impulsions* ou des *périodes d'excitation*, ces jours-là et les jours qui suivent ils ne peuvent travailler ni à l'école ni à l'atelier

Administrativement, après avoir douté de la possibilité de faire travailler les enfants idiots, arriérés et épileptiques, certains auraient de la tendance à vouloir les considérer comme des apprentis ordinaires qui, suivant la pratique abusive des couvents, doivent fournir régulièrement une somme de travail fixée. Nous le répétons, ce qui doit primer dans notre service, c'est l'influence morale du travail, qui est l'adjuvant du travail scolaire, du traitement médical, et non le *produit* lui-même, bien qu'il ne soit pas à dédaigner : les enfants eux-mêmes sont heureux de voir que leur travail est productif, qu'il se traduit par des résultats pratiques (1).

## III.

## STATISTIQUE. MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le premier janvier 1898, il restait dans le service 459 enfants (2) : 435 enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, dits *aliénés* et 24 réputés *non aliénés*. Cette distinction, qui s'applique aux épileptiques adultes aussi bien qu'aux enfants est purement administrative et il est difficile de la justifier médicalement.

Les *épileptiques non aliénés* sont placés par l'Assistance publique et sont à la charge du budget municipal ; les *épileptiques aliénés* sont placés suivant les prescriptions de la loi du 30 juin 1838 et à la charge du département.

---

(1) Une autre cause qui contribue à différencier nos apprentis de ceux que nous avons cités, c'est qu'ils ont des permissions de sortie et des congés, sur la demande des familles, à toutes les époques de l'année.

(2) C'est-à-dire 59 de trop, puisque la section a été conçue pour 400 enfants.

Sur ce nombre, 11 étaient atteints de *cécité*; 3 de *surdi-mutité* ; 28 étaient *ruminants* ; 50 *hémiplégiques* ; 7 étaient atteints de *maladie de Little*; 60 étaient *baveux* ; 38 *onycophages* et 4 *déchireurs d'ongles*.

| Mois. | Entrées. | Décès. | Sorties. sur demande. | par transfert. | par évasion. | par passage aux adultes. | par passage aux vieillards. | Total des sorties. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Janvier....... | 10 | » | 2 | » | » | » | » | 2 |
| Février...... | 6 | » | 3 | 9 | » | 6 | » | 18 |
| Mars......... | 6 | 1 | » | 3 | » | 2 | » | 5 |
| Avril......... | 7 | 2 | » | » | » | » | » | » |
| Mai.......... | 6 | 3 | 1 | » | » | 1 | » | 2 |
| Juin.......... | 7 | » | 1 | 1 | » | 3 | » | 5 |
| Juillet........ | 2 | 1 | » | » | » | 1 | » | 1 |
| Août......... | 8 | 4 | 4 | » | » | 1 | » | 5 |
| Septembre ... | 4 | 4 | 1 | » | » | » | » | 1 |
| Octobre...... | 6 | 2 | 5 | » | » | 1 | » | 6 |
| Novembre.... | 6 | 1 | 1 | » | » | » | » | 1 |
| Décembre.... | 6 | 1 | 8 | » | » | » | » | 8 |
| Totaux...... | 74 | 19 | 26 | 13 | » | 15 | » | 54 |

*Décès.* — Les décès ont été au nombre de 19. Le tableau des pages XXVIII à XXXIV fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

*Sorties.* — Des 44 malades sortis de la section, 15 ont été dirigés sur l'une des sections d'adultes de la division des aliénés ; 26 ont été rendus à leur famille, guéris ou améliorés ou sur la demande de celles-ci ; 13 ont été transférés. Le tableau de la page XXIV et suivantes indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection pathologique dont étaient atteints ces malades sortis.

*Évasions.* — Cinq évasions ont eu lieu dans le courant de l'année ; celles des enfants ; Then..., Mull..., Calb..., Se..., Hain... Le premier de ces malades, recueilli par la Préfecture de police, nous a été rendu le lendemain. Quant aux quatre autres dont l'évasion n'a donné lieu à aucune mutation, ils nous ont été ramenés par leurs parents.

*Transferts.* — Ils ont été au nombre de 13 : 10 à Clermont, 1 à Evreux, 1 à Vaucluse et 1 à Bonneval (1). Les transferts, hors des asiles de la Seine, constituent comme nous l'avons dit maintes fois, une mesure indigne d'un pays civilisé.

*Thymus et glande thyroïde.* — Nos études sur l'*idiotie myxoedémateuse* nous ont conduit à reprendre, il y a 9 ans, des recherches anciennes (1868) sur la *glande thyroïde* et incidemment sur le *thymus*. Le *tableau* ci-après donne quelques renseignements sur ces deux organes chez nos malades décédés en 1898.

Nous essaierons un jour de voir s'il y a lieu de tirer quelque conclusion des pesées du thymus et de la glande thyroïde que nous consignons tous les ans dans nos *Compte-rendus*. Mais elles n'auront qu'une valeur relative jusqu'à ce que nous puissions les mettre en regard de pesées analogues faites chez des enfants réputés normaux et décédés soit à l'hôpital des Enfants-malades, soit à l'hôpital Trousseau (2).

---

(1) Ce sont les familles dee enfants. Mer..., Mul... et Bon... A la Fondation Vallée trois familles se sont trouvées dans le même cas Delic... Delcou et Barthol....

(2) L'un de nos internes de cette année, M. Katz, àctuellement aux Enfants-Malades s'occupe de ses recherches.

| Noms. | Sexe. | Age. | Diagnostic. | Thymus. | Glande thyroide. | Observations. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cur........... | Garçon | 18 a 1/2 | Idiotie légère symptomatique de méningite chronique: Paraplégie et pieds bots. | Pas | 20 gr. | |
| Pet........... | — | 24 ans | Idiotie. Chorée. Athétose double, | Pas | 14 gr. | |
| Van Gel...... | — | 10 ans | Imbécillité. Epilepsie | 30 gr. | 15 gr. | |
| Lecle......... | — | 10 ans | Idiotie complète. | » | » | Opposition à l'autopsie. |
| Jol............ | — | 19 a 1/2 | Épilepsie. Double crâniectomie. Déchéance progressive. | Pas | 15 gr. | |
| Boussu ....... | — | 20 ans | Epilepsie. Imbécillité. Hémiplégie droite avec athétose légère. | Pas | 22 gr. | |
| Bong......... | — | 14 ans | Imbécillité. Epilepsie. | 12 gr. | 8 gr. | |
| Chaum ....... | — | 16 a 1/2 | Imbécillité. Paraplégie. | Pas | 16 gr. | |
| Varn ......... | — | 12 a 1/2 | Idiotie. Epilepsie. | 7 gr. | 9 gr. | |
| Bonn ......... | — | 17 ans | Idiotie par arrêt de développement des circonvolutions. | Pas | 10 gr. | |
| Ferr.......... | — | 19 ans | Imbécillité. Epilepsie. | Pas | 15 gr. | |
| Pèpou ........ | — | 13 ans | Imbécillité Paraplégie. | Pas | 8 gr. | |
| Faut.......... | — | 16 ans | Epilepsie. | » | » | Opposition à l'autopsie. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Wei... A..... | — | 20 ans | Idiotie. Hémiplégie incomplète du côté droit. Epilepsie. | » | » | Opposition à l'autopsie. |
| Wei... G..... | — | 12 ans | Idiotie. Epilepsie. | Pas | 15 gr. | |
| Abri.......... | — | 13 ans | Idiotie. Epilepsie. Hémiplégie droite. | Pas | 9 gr. | |
| Laub......... | — | 14 ans | Idiotie. Epilepsie. Déchéance. | Pas | 10 gr. | |
| Charr......... | — | 10 ans | Idiotie. Hydrocéphalie. | Pas | 10 gr. | |
| Miller........ | — | 5 a. 1/2 | Idiotie. | Pas | 5 gr. | |
| Lega......... | Fille. | 2 a. 1/2 | Idiotie. Microcéphalie. | Pas | 5 gr. | |
| Bertr......... | — | 16 ans | Imbécillité prononcée par arrêt de développement congénital. | Pas | 18 gr. | |
| Grésili....... | — | 13 ans | Idiotie. Hémiplégie spasmodique droite. | Pas | 9 gr. | |
| Courb......... | — | 6 a. 1/2 | Idiotie complète. Paralysie et tremblement des membres. | Pas | 15 gr. | |
| Dauto......... | — | 5 ans | Idiotie complète. Type Mongol. | » | » | Pas d'autopsie. |
| Teuli......... | — | 15 ans | Idiotie par arrêt de développement congénital | Pas | 3 gr. | |
| Fist.......... | — | 11 a. 1/2 | Idiotie complète. | Pas | 6 gr. | |
| Gerv......... | — | 2 ans | Idioiie méningitique. Epilepsie. Cécité. | Pas | 3 gr. | |
| Dela......... | — | 3 ans | Idiotie complète. Paraplégie. | » | » | Opposition à l'opposition. |
| Haigr......... | — | 16 ans | Idiotie complète. Gâtisme. | Pas | 11 gr. | |
| Hama........ | — | 17 ans | Epilepsie symptomatique. | Pas | 7 gr. | |
| Trodo........ | — | 17 m. | Idiotie. | Pas | 2 gr. | |
| Fusell........ | — | 12 ans | Idiotie. | Pas | 7 gr. | |

| NOMS. | AGE. | MALADIES. | Date du décès. |
|---|---|---|---|
| Bous.......... | 20 ans. | Epilepsie. Imbécillité. Hémiplégie droite avec athétose légère. | 31 mai. |
| Pong.......... | 14 ans. | Imbécillité. Epilepsie. | 4 juillet. |
| Chaum........ | 16 a. 1/2 | Imbécillité. Paraplégie. | 3 août. |
| Varn.......... | 12 a. 1/2 | Idiotie. Epilepsie. | 5 août. |

| CAUSE DU DÉCÈS. | PARTICULARITÉS. |
| --- | --- |
| Etat de mal épileptique. | Crâne très épais, très lourd et graisseux; la moitié gauche parait plus petite que la droite. Aspect chagriné d'un grand nombre de circonvolutions. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux (hémisphère cérébral droit : 600 gr.; hémisphère cérébral gauche : 470 gr.; hémisphère cérébelleux droit : 65 gr.; hémisphère cérébelleux gauche : 75 gr.). Congestion intense des poumons et du foie. Longueur exagérée de l'appendice iléocœcal. Les nerfs du membre supérieur droit sont manifestement moins volumineux que ceux du côté gauche. |
| Etat de mal épileptique. | Os du crâne assez épais et assez durs, graisseux; plaques transparentes. — Adhérences nombreuses et très-résistantes de la dure-mère au crâne. Adhérences également très-résistantes de la pie-mère à la substance cérébrale, rendant la décortication très-laborieuse. Arrêt de développement des circonvolutions. — Persistance du thymus. — Pneumonie lobaire. — Absence de l'appendice vermiculaire. |
| Broncho-pneumonie double avec pleurésie sèche à droite. | Calotte asymétrique, épaisse et dure. — Congestion intense des vaisseaux de la pie-mère. Rien à l'œil nu dans les centres nerveux. — Dégénérescence graisseuse du foie. — Broncho-pneumonie double avec pleurésie sèche à droite. — Dégénérescence et dilatation du muscle cardiaque. |
| Etat de mal. | Calotte fortement asymétrique, épaisse et graisseuse; large plaque transparente au niveau du frontal gauche. — Pie-mère très injectée. Ramollissement du cerveau. — Arrêt de développement des circonvolutions. Persistance du thymus qui est très volumineux (35 gr.). Rate supplémentaire. |

| NOMS. | AGE. | MALADIE. | Date du décès. |
|---|---|---|---|
| Cur........... | 18 a. 1/2. | Idiotie légère symptomatique de méningite chronique. Paraplégie et pieds bots. | 1er mars. |
| Pet ........... | 24 ans. | Idiotie. Athétose double. | 9 mars. |
| Van Gel....... | 10 ans. | Imbécillité. Epilepsie. | 20 avril. |
| Lecle ......... | 10 ans. | Idiotie complète. | 28 mai. |
| Jol............ | 19 a. 1/2. | Epilepsie. Double craniectomie. Déchéance progressive. | 29 mai. |

| CAUSE DU DÉCÈS. | PARTICULARITÉS. |
|---|---|
| Tuberculose pulmonaire. Péritonite tuberculeuse. | Calotte peu épaisse; plagiocéphalie; os wormiens; plaques transparentes. Rien de particulier à l'œil nu dans les centres nerveux. Tuberculose pulmonaire et péritonite tuberculeuse. L'appendice vermiforme présente 3 dilatations laissant échapper un liquide purulent. |
| Tuberculose pulmonaire. | Crâne moyennement épais, peu dur. — Adhérence de la dure-mère au cerveau et à la partie inférieure de la scissure inter-hémisphérique. Pas de grosses lésions cérébrales apparentes. Caverne au sommet du poumon droit, infiltration caséeuse du reste du poumon. Gros ganglion caséeux au niveau de la tête du pancréas. |
| Mort dans un accès d'épilepsie. | Calotte assez épaisse, dure et compacte. Plagiocéphalie. — Congestion du cuir chevelu. Léger épaississement de la pie-mère. Accolement des faces internes des lobes frontaux. Sclérose prononcée de la corne d'Ammon et de l'extrémité de $T^3$ et $T^4$, sur l'hémisphère gauche. Inégaliié de poids des hémisphères cérébraux, (hémisphère cérébral droit : 545 gr.; hémisphère cérébral gauche : 480 gr.) Egalité des h. cérébelleux. Persistance du thymus. Congestion intense du foie et des reins. Testicule droit moitié moins gros que le gauche. |
| Tuberculose pulmonaire. | Opposition à l'autopsie. |
| Etat de mal épileptique. | Crâne très épais et très lourd; double craniectomie. Veines de la convexité gorgées de sang. Méningo-encéphalite partielle de l'hémisphère cérébral droit et presque généralisée de l'hémisphère cérébral gauche. Inégalité de poids des h. cérébraux (h. cérébral droit : 535 gr., h. cérébral gauche: 400 gr. Egalité des hémisph. cérébelleux. Congestion intense des deux poumons, du foie et des reins. Etat de mal épileptique. |

| Noms. | Age. | Maladies. | Date du décès. |
|---|---|---|---|
| Bon........... | 17 ans. | Idiotie par arrêt de développement des circonvolutions sans lésions en foyer. | 12 août. |
| Ferr .......... | 19 ans. | Imbécillité. Epilepsie. | 13 août. |
| Pepo.......... | 13 ans. | Imbécilllité. Paraplégie. | 8 septemb. |
| Fant .......... | 16 ans. | Epilepsie. | 11 septemb. |
| Weil. (A.)..... | 20 ans. | Idiotie. Epilepsie. Hémiplégie incomplète du côté droit. | 13 septemb. |
| Weis. (G.).... | 12 ans. | Idiotie. Epilepsie. | 23 septemb. |
| Abri .......... | 13 ans. | Idiotie. Epilepsie. Hémiplégie droite. | 11 octobre. |

| CAUSE DU DÉCÈS. | PARTICULARITÉS |
|---|---|
| Fièvre typhoïde. Perforation intestinale. | Calotte mince, peu dure; os wormien. — Arrêt de développement des circonvolutions. — Fièvre typhoïde; perforation intestinale. (Voir p. 122). |
| Etat de mal. | Calotte épaisse, dure et graisseuse. Arrêt de développement léger des circonvolutions. Adhérences nombreuses et résistantes de la dure-mère au crâne. Congestion intense du poumon gauche. Etat de mal épileptique. |
| Fièvre typhoïde. | Crâne épais, dur et compacte. — Arrêt de développement des circonvolutions. Congestion du lobe inférieur des deux poumons. Fièvre typhoïde : lésions intestinales caractéristiques. (Voir p. 115). |
| Fièvre typhoïde. | Opposition à l'autopsie. (Voir p. 112). |
| Etat de mal. | Opposition à l'autopsie. |
| Fièvre typhoïde. | Os du crâne assez durs et assez épais ; plaques transparentes. Epaississement et injection de la pie-mère. Arrêt de développement des circonvolutions. Congestion intense des poumons. Cœur en systole. Fièvre typhoïde : lésions caractéristiques. (Voir p. 114). |
| Etat de mal. | Os du crâne assez durs et assez épais ; nombreuses plaques transparentes. Injection à peu près générale de la pie-mère sans taches ecchymotiques. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux (hémisphère cérébral droit : 495 gr. ; hémisphère cérébral gauche : 410 gr.; hémisphère cérébelleux droit : 60 gr. ; hémisphère cérébelleux gauche 65 gr.). Broncho-pneumonie |

| NOMS. | AGE. | MALADIE. | Date du décès. |
|---|---|---|---|
| Laub.......... | 14 ans. | Idiotie. Epilepsie. Déchéance | 16 octobre. |
| Charri ........ | 10 ans. | Idiotie. Hydrocéphalie. | 22 novemb. |
| Mille.......... | 5 ans 1/2. | Idiotie. | 29 décemb. |

*Maladies infectieuses.* — Nous avons eu cette année une épidémie de fièvre typhoïde qui a porté sur 16 enfants et dont on trouvera la relation plus loin. Il ne restait à l'infirmerie des enfants, à la fin décembre qu'un seul convalescent. Tous les autres enfants avaient à cette époque réintégré leurs services respectifs. (Voir p. 100).

*Teigne.* — Au premier janvier 1898, il restait dans le service 19 teigneux et 6 teigneuses ; à la fin de

| CAUSES DU DÉCÈS. | PARTICULARITÉS. |
|---|---|
| Fièvre typhoïde. Péritonite purulente sans perforation intestinale. | Crâne ovoïde; très dur; notablement épais; plaques transparentes; adhérences nombreuses de la pie-mère à la matière cérébrale. Péritonite purulente sans perforation intestinale. Fièvre typhoïde : ulcérations nombreuses des plaques de Peyer limitées au voisinage du cœcum. Petites rates supplémentaires. — Ascaride de 30 cent. de long dans l'intestin. (Voir p. 139). |
| Péritonite par perforation suite de fièvre typhoïde. | Os du crâne minces et peu durs; plagiocéphalie légère; nombreuses plaques transparentes. Distension considérable des ventricules latéraux peu en rapport avec le liquide céphalo-rachidien recueilli (27 gr.) Péritonite par perforation intestinale, suite de fièvre typhoïde. (Voir p. 152). |
| Cachexie consécutive à une entérite tuberculeuse. | Calotte peu épaisse et très dure; plaques transparentes. Adhérences nombreuses de la calotte à la dure-mère. Pie-mère de la base finement vascularisée. Congestion des poumons. L'intestin grêle présente des arborisations vasculaires sur tout son parcours avec quelques plaques de Peyer tuméfiées. |

l'année ces chiffres étaient descendus à 17 pour les garçons et avaient été porté à 10 pour les filles. Malgré les soins que nous apportons à surveiller le cuir chevelu des enfants, nous ne parvenons pas à nous débarrasser complètement de la teigne : elle se trouve entretenue par de nouveaux arrivants et par les enfants déjà atteints, pour la plupart desquels les recommandations sont de nul effet.

| NOMS. | AGE. | PROFESSION. | MALADIE. | CAUSE DE LA SORTIE. |
|---|---|---|---|---|
| Vial........ | 17 ans | » | Hébéphrénie. | Sorti définitivement sur la demande de son frère 15 jours après son entrée. Même état. |
| Gar........ | 18 1/2 | Cordonnier. | Hystéro-épilepsie. | Passé aux adultes (5e 3e), le 12 janvier. Même état. |
| Ob......... | 16 ans | » | Hystérie. | Sorti sur la demande de sa mère le 17 janvier. Amélioration. |
| Guy........ | 17 ans | » | Idiotie, épilepsie. | Transféré à Clermont le 18 janvier. Même état. |
| Mignaq..... | 18 ans | » | Idiotie, type mongol. | Passé aux adultes (5e 2e), le 22 janvier. Même état. |
| Rob........ | 18 ans | » | Idiotie congénitale. | Passé aux adultes (5e 2e), le 22 janvier. Même état. |
| Vigou...... | 18 ans | Vannier. | Arriération avec perversion des instincts. | Passé aux adultes (5e 1e), le 24 janvier. Même état. |
| Gir......... | 18 ans | » | Idiotie congénitale. | Passé aux adultes (5e 1e), le 24 janvier. Même état. |
| Lem....... | 17 ans | » | Idiotie complète. | Passé aux adultes (5e 1e), le 24 janvier. Même état. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Milch ...... | 16 ans | » | Idiotie. | Transféré à l'asile de Clermont le 26 janvier. Même état. |
| Kasny...... | 16 ans | » | Epilepsie. | Transféré à Clermont le 26 janvier. Même état. |
| Delf........ | 15 ans | Menuisier. | Imbécillité. | Transféré à Clermont le 26 janvier. Même état. |
| Char....... | 15 ans | » | Idiotie complète. | Transféré à Clermont le 26 janvier. Même état. |
| Béq........ | 14 ans | » | Idiotie. | Transféré à Clermont le 26 janvier. Même état. |
| And........ | 14 ans | » | Idiotie légère. | Transféré à Clermont le 26 janvier. Même état. |
| Misb....... | 14 ans | » | Idiotie avec athétose. | Transféré à Clermont le 26 janvier. Même état. |
| Gir......... | 15 ans | » | Imbécillité prononcée. | Transféré à Clermont le 26 janvier. Même état. |
| Jol......... | 15 ans | Brossier. | Epilepsie; idées de suicide, impulsions violentes. | Sorti définittvement le 6 février sur la demande pressante de sa mère. Même état. Réintégré depuis. |
| Letail...... | 19 ans | Imprimeur. | Imbécillité morale avec instabilité mentale. | Sorti définitivement le 15 février pour s'engager dans un régiment d'infanterie. Amélioration notable. |

| NOMS. | AGE. | PROFESSION. | MALADIE, | CAUSE DE LA SORTIE. |
|---|---|---|---|---|
| Const...... | 7 ans | » | Idiotie. | Sorti sur la demande de sa mère le 17 février. |
| Rouss...... | 19 ans | Vannier. | Epilepsie. | Passé aux adultes (5e 3e) le 21 février. Même état. |
| Hur........ | 16 ans | Cordonnier. | Epilepsie. | Transféré à l'asile d'Evreux le 9 mars. |
| Hag........ | 18 1/2 | Cordonnier. | Epilepsie. | Passé aux adultes (5e 3e) le 14 mars. Même état. |
| Dav........ | 20 ans | » | Epilepsie. Imbécillité. Athétose double. | Transféré à l'asile de Lommelet (Nord) le 12 avril. Même état. |
| Rav........ | 15 ans | Cordonnier. | Imbécillité avec instabilité légère. | Est en congé d'essai, résultats satisfaisants; amélioration notable. Sortie signée le 3 mai. |
| Rouss...... | 19 ans | Menuisier. | Epilepsie symptomatique. | Passé aux adultes (5e 3e) le 6 mai. Même état. |
| Tah........ | 14 ans | Cordonnier. | Epilepsie. | Repris par son frère le 22 juin. Même état. |
| Ga......... | 18 ans | Menuisier. | Epilepsie. | Passé aux adultes (5e 3e) le 27 juin. Même état. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cham...... | 20 ans | Tailleur. | Imbécillité, paraplégie. | Passé aux adultes (5e 2e) le 29 juin. Même état. |
| Taup....... | 18 ans | Tailleur. | Imbécillité. Nystagmus. | Passé aux adultes (5e 2e) le 29 juin. Même état. |
| Cap........ | 15 ans | » | Idiotie légère. | Transféré à Vaucluse le 30 juin pour y rejoindre son frère traité dans cet asile. — Même état. |
| Goun....... | 19 ans | Cordonnier. | Epilepsie idiopathique. | Passé aux adultes (5e 3e) le 6 juillet. |
| Pil......... | 19 ans | Serrurier. | Imbécillité morale. | Sorti sur la demande de sa mère le 4 août. Amélioration légère. |
| Gogu....... | 16 ans | Imprimeur. | Instabilité mentale avec perversion des instincts; kleptomanie. | En congé d'essai; non rentré, sortie signée le 5 août. Même état. |
| Dave....... | 18 ans | » | Idiotie complète; gâtisme. | Passé aux adultes (5e 1e) le 16 août. Même état. |
| Hocq....... | 14 ans | » | Idiotie. | Sorti définitivement le 28 août. Même état. |
| Merl........ | 18 ans | » | Imbécillité et cécité consécutives à une tumeur cérébrale. Troubles de la motilité. | Sorti définitivement le 31 août sur la demande de sa mère qui s'oppose au transfert à Clermont. Amélioration. |
| Red........ | 19 ans | Brossier. | Idiotie légère. | Sorti définitivement le 8 septembre sur la demande de sa mère qui s'oppose au transfert. Même état. |

| NOMS. | AGE. | PROFESSION. | MALADIE. | CAUSE DE LA SORTIE. |
|---|---|---|---|---|
| Rat........ | 18 ans | Imprimeur. | Imbécillité. | Sorti définitivement le 12 octobre pour être placé. Amélioration notable. |
| Cab........ | 19 ans | Tailleur. | Imbécillité. | Sorti définitivement le 24 octobre aprés un congé d'essai d'un an. Amélioration considérable. |
| Hazel...... | 14 ans | » | Imbécillité et épilepsie. | Sorti sur la demande de sa mère qui le juge suffisamment amélioré pour aller dans les classes primaires. — 24 octobre. |
| Serr........ | 17 ans | Menuisier. | Imbécillité morale ; impulsions violentes. | Passé aux adultes (5e 2e) le 27 octobre. |
| Ringsd..... | 18 ans | Serrurier. | Imbécillité et instabilité mentale avec perversion des instincts. | En congé d'essai depuis un an. Amélioration. Sortie signée le 29 octobre. |
| Jatt........ | 17 ans | » | Epilepsie. | Sorti le 30 octobre. Même état. |
| Lapaq...... | 15 ans | Imprimeur. | Epilepsie. | Sorti le 15 novembre. Même état. |
| Mul........ | 17 ans | Jardinier. | Epilepsie. | Sorti sur la demande de sa mère qui s'oppose au transfert à Prémontré le 7 décembre. Même état. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Douch...... | 15 ans | » | Epilepsie avec aphasie. | Sorti le 7 décembre. Même état. |
| Delocque... | 18 ans | Cordonnier. | Epilepsie. | Amélioration ; sorti définitivement le 7 décembre après un congé d'essai satisfaisant. |
| Marchand.. | 15 ans | Tailleur. | Imbécillité. | Sorti le 7 décembre après un congé d'essai de 6 mois. Amélioration. |
| Bonn....... | 16 ans | » | Idiotie légère. | Sorti le 8 décembre sur la demande de sa mère qui s'oppose au transfert à Clermont. Même état. |
| Winck..... | 18 ans | Vannier. | Epilepsie ; guérison. Instabilité mentale avec perversion des instincts. | En congé depuis un an ; non rentré. parti sans laisser d'adresse ; sortie signée le 11 décembre. Même état. |
| De Sal..... | 16 ans | Tailleur. | Imbécillité légère. Hystérie (?). | En congé depuis un an ; essai satisfaisant. Amélioration notable ; sortie signée le 11 décembre. |
| Dai......... | 2 ans | » | Idiotie microcéphalique. | Sorti sur la demande de sa mère le 15 décembre ; 15 jours de présence. Même état. |
| Gas ........ | 16 ans | Jardinier. | Epilepsie. | Transféré à Bonneval le 24 décembre. Même état. |

*Maladies intercurrentes.* — 9 enfants sont entrés à l'infirmerie atteints d'*état de mal épileptique*; 2 atteints de *broncho-pneumonie* ; 3 de *pneumonie* ; 4 de *tuberculose pulmonaire* ; 5 d'*angine* ; 2 d'*ophtalmie* ; 9 d'*abcès* ; 7 de *diarrhée* ; 3 d'*impétigo* ; 2 de *rhumatismes*. Signalons aussi un cas de *choléra sporadique* chez l'enfant Dumou...

*Population au* 31 *décembre* 1898. — Il y avait à cette époque, dans le service, 462 enfants, se décomposant ainsi : 417 enfants *idiots, imbéciles* ou *épileptiques*, dits *aliénés* et 45 réputés *non aliénés*. Sur ce nombre 5 sont atteints de *cécité* ; 2 de *surdi-mutité* ; 25 sont *ruminants* ; 30 sont *onycophages* ; 6 *déchireurs d'ongles* ; 60 sont *baveux* ; 75 sont *gâteux* ; 50 sont *hémiplégiques* et 7 sont atteints de *maladie de Little*.

*Personnel du service en* 1898. — Le personnel était ainsi composé : 1° *Service médical* : deux internes provisoires, M. Chapotin et M. Sébileau.

2° *Service scolaire : Grande École* : 4 instituteurs : MM. Mesnard, Landosse, Camailhac et Grandvilliers. Ce dernier ayant démissionné dans le courant de novembre a été, sur notre demande, remplacé par M. Deruette ; — un professeur de chant, M. Sutter ; — un professeur de gymnastique, M. Goy ; un maître de danse, M. Landosse ; un maître d'escrime M. Taquin et deux infirmiers dont un ayant le grade de 1er infirmier — *Petite École* : Mlles Agnus (Blanche) et Bohain (Amandine), surveillantes ; — Mme Beaumont, suppléante ; trois premières infirmières : Mmes Huguet, Gerder et Marquet et 10 infirmières de jour aidant les maitresses d'école.

3° *Enseignement professionnel.* — 8 maîtres dont nous avons donné les noms à la page XIX ; plus deux infirmiers de garde.

4° *Service hospitalier* : Il se compose de M. MALENÇON, sous-surveillant, remplissant les fonctions de surveillant ; de M. ACARD, suppléant, faisant fonctions de sous-surveillant ; de M. BARSALOU, suppléant (service du gymnase) ; de Mme RONZIER, sous-surveillante (infirmerie) ; de Mme MALENÇON, suppléante (bâtiment des gâteux) ; de Mme GRISARD, 1re infirmière (pavillon d'isolement) ; de Mme GLADEL, suppléante de nuit ; d'un 1er infirmier, M. CHÉREL (baigneur) ; d'un autre 1er infirmier attaché plus spécialement au Musée et chargé du service de distribution de la pharmacie, M. GERDER ; d'un infirmier-portier, d'un perruquier, de 25 infirmières de jour ou de nuit, de 29 infirmières de jour ou de nuit ; total du personnel secondaire : 85.

## Section II : **Fondation Vallée.**

## Histoire du service pendant l'année 1898.

---

### I.

Situation du service. — Enseignement primaire.

Au début de ce rapport, il nous parait utile de rappeler encore que, quand la Fondation Vallée a été organisée, elle devait être pour les filles ce qu'est la colonie de Vaucluse pour les garçons c'est-à-dire qu'on devait en exclure les *gâteuses* et les *épileptiques*. Mais dès l'origine, par suite des besoins du service des aliénés, il n'a pas été tenu compte de cette catégorisation. Il s'ensuit que la Fondation Vallée ne correspond plus à la Colonie de Vaucluse mais au service des enfants de Bicêtre, où nous recevons, en outre des épileptiques et des hystériques, toutes les catégories d'enfants idiots. De là deux groupes principaux : 1° les *enfants idiotes et gâteuses*, 2° les *enfants propres.*

*Enfants idiotes et gâteuses.* — Elles étaient au nombre de 63 au 1er janvier 1898 et de 70 à la fin de l'année. Elles sont installées dans le bâtiment situé à droite dans la cour d'entrée dont elles occupent le rez

de chaussée et le premier étage. Cette installation est des plus défectueuses. Nous dirons même que, en raison des infirmités physiques des enfants, elle est insalubre, dangereuse. Le gâtisme exigeant un lavage quotidien du parquet mal jointoyé, non hourdé, du premier étage; il en résulte des infiltrations d'eau tout le long des murs. Ce n'est que grâce au zèle et au dévouement de l'infirmière qui est chargée de ce service, M[lle] Suzanne Raymond, que nous avons pu atténuer les inconvénients de cette installation et obtenir chaque année quelques bons résultats au point de vue du traitement. Nous continuons à avoir recours aux moyens et aux procédés que nous avons décrits dans nos précédents rapports.

Les *idiotes gâteuses* se divisent en deux catégories : a) les enfants *valides* qui sont envoyées à l'école durant une partie de la journée. Bien qu'une classe ait été affectée spécialement dans l'ancien réfectoire, aux plus malades, d'autres vont à l'école et il en résulte des inconvénients pour les enfants des classes voisines, affectées aux enfants propres. — *b*) Les enfants *invalides*, qui séjournent dans les locaux et la cour situés entre leur pavillon et le pavillon d'Infirmerie qui leur sont affectés. Chez neuf d'entre elles on a pu supprimer le gâtisme : Vergn.., Le Maréch.., Dur.., Noir.., Bea.., Saun.., Gudef.., Espin.., Glay.. — 4 ont appris à manger seules : Deve.., Vergn.., Séa.., Lécarch.. — 3 enfants ont appris à marcher seules : Wei.., Dev.. et Sea..

Nous avons proposé en 1896 l'appropriation du sous-sol du bâtiment neuf suffisamment élevé et aéré, en un service spécialement destiné aux *enfants idiotes gâteuses, valides* et même à une partie des *gâteuses* invalides. Voici en quoi consiste ce projet :

D'après nous, la moitié du sous-sol la plus rapprochée des bâtiments existants devrait être affectée aux enfants gâteu-

ses invalides et à une partie des enfants gâteuses valides en raison de la proximité de leur dortoir. Les enfants entreraient directement par la porte vitrée correspondante à l'extrémité du bâtiment. La première travée servirait de passage au centre, et les parties latérales, de cabinet de débarras; — la deuxième travée serait affectée à un réfectoire ; — la troisième à une salle de gymnastique où l'on mettrait les appareils Pichery, échelles et ressorts, le tremplin, un escabeau, etc.

La quatrième travée serait réservée à l'école pour les enfants gâteuses valides ; — la cinquième travée serait aménagée en école et préau pour les gâteuses invalides ; les deux dernières travées seront réservées au traitement du gâtisme proprement dit et renfermeront tous les appareils similaires en usage dans les divers services de Bicêtre (sièges d'aisance avec cuvette en ciment, soupape, siphon, etc.. baignoires, bidets, bains de siège, chauffe-bains, lavabos, armoires pour les serviettes et les peignes).

Le sol serait carrelé dans le réfectoire et la salle du traitement du gâtisme. On mettrait du carreau revêtu de linoléum dans les autres pièces.

La seconde moitié du sous-sol serait affectée aux services suivants, en partant de la cage de l'escalier: 1° entrée centrale, de chaque côté, cabinet de débarras; 2° magasin de chaussures, ciragier; — 3° bains de pieds. Ces différentes pièces seraient séparées par des cloisons.

La fenêtre vitrée à l'extrémité sud sera transformée en porte. Ces deux services seront complètement séparés de la partie centrale affectée au service du chauffage.

Ce projet, ainsi que nous l'avons dit dans notre *Compte-rendu* de 1896 (p. LXIV) et 1897 (p. XLVII) a été soumis par l'Administration à la Commission de surveillance qui, après l'avoir examiné sur place, l'a adopté sur le rapport de M. le Dr Du Mesnil. Il a été ensuite au Conseil général qui s'est prononcé pour l'ajournement. Le jour où l'on voudra bien se rendre un compte exact des difficultés actuelles du service et du bien-être que l'installation réclamée procurerait aux enfants, des avantages qui en résulteraient pour l'hygiène, toute hésitation disparaîtra.

*Enfants idiotes, imbéciles, épileptiques*, etc., *valides.* — *Enseignement primaire et enseignement professionnel.* — Les procédés employés sont les mêmes qu'à la section de Bicêtre. Les améliorations réalisées dans les écoles des garçons sont introduites immédiatement à la Fondation. L'idéal que nous poursuivons consiste à *occuper les enfants du matin jusqu'au soir*, en *variant* le plus possible les *exercices*. Les *jeux* même doivent contribuer à leur éducation.

Au lever on apprend aux enfants à faire leur *toilette*, à faire leur *lit*, à *nettoyer* leur dortoir. Aux repas, on surveille les enfants qui savent manger seules et on corrige leurs mauvaises habitudes ; on apprend aux autres à se servir de la cuiller, de la fourchette, etc. Sur 189 enfants présentes à la fin de l'année, 45 savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 72 savent se servir de la cuiller et de la fourchette ; 42 de la cuiller seulement ; 30 ne savent pas manger seules.

160 enfants ont fréquenté l'école et sont exercées à la gymnastique Pichery. 60 enfants participent aux exercices de la *grande gymnastique*, sous la direction de M. GOY et sous la surveillance de Mlle LANGLET. — M. Goy vient tous les jeudis à la Fondation. En raison de l'augmentation de la population, il serait nécessaire qu'il donnât maintenant deux leçons par semaine.

Les *leçons de choses* sont multipliées le plus possible et ont lieu soit dans les jardins dont les arbres, les arbustes, les plantes, etc., sont étiquetés. Les détails dans lesquels nous sommes entré dans nos rapports de 1890 à 1897 au sujet de l'*habillement*, de l'*éducation*, de la *digestion*, de la *respiration*, de la *circulation* et de l'*hygiène sexuelle* nous dispensent d'y revenir cette année.

*Enseignement du dessin.* — Cet enseignement qui durant plusieurs années et encore en 1896 était fait à titre gracieux, d'ailleurs, par M[me] Bru femme de l'ancien économe de Bicêtre, aujourd'hui directeur de l'hôpital Ricord, a été complètement suspendu en 1897 et en 1898, faute de professeur. C'est là un cas fâcheux pour les élèves, dont quelques-unes étaient déjà assez avancées (1).

*Enseignement du chant.* — Cet enseignement est fait par M. SUTTER, professeur de chant à l'asile-école de Bicêtre. Conformément à nos instructions, il s'est occupé successivement de tous les enfanfs, en mesure de profiter, dans une mesure quelconque, de son enseignement. 95 fillettes, divisées en trois séries, y ont participé. Par suite des nombreuses entrées dans le courant de l'année 1898 M. Sutter ne peut donner qu'un compte-rendu très sommaire de son cours quant aux nouvelles fillettes.

« Les anciennes élèves » dit ce professeur « connaissent toutes leurs notes et chantent dans les chœurs la première partie avec les garçons ; toutes ces jeunes filles ont une étendue de voix assez remarquable, principalement celles qui ont passé la quinzième année. J'ai remarqué, d'après mes observations périodiques, que les plus jeunes n'ont qu'une étendue de voix très restreinte, que celle-ci est généralement grave sans être fausse. Quant aux myxœdémateuses mises au traitement par la glande thyroïde, on a observé les mêmes modifications que l'an dernier, dans leur timbre de voix dont l'étendue s'est accrue progressivement (2). Enfin les progrès d'ensemble sont satisfaisants, les nouvelles se mettent au travail avec zèle et cherchent à suivre les anciennes dans la lecture des notes et l'accompagnement des chœurs. »

*Danse.* — Les exercices de danse ont eu lieu sous

(1) Il y aurait une réelle utilité d'avoir un professeur de dessin pour la Fondation et pour le service des enfants de Bicêtre.
(2) *Compte-rendu* de 1896, p. XLIX et LIII

la Direction de M. Landosse, instituteur à Bicêtre, le mercredi de 4 à 5 heures. 70 enfants ont pris part à ces exercices ; 55 savent danser la polka ; 45 connais- la polka, la mazurka et la scottisch ; 30 connaissent toutes les danses de caractères et toutes les figures du quadrille.

*Enseignement professionnel.* — A mesure que les enfants se développent, on leur apprend tous les soins du ménage ; à mettre et à retirer le couvert, à nettoyer les réfectoires, laver la vaisselle, etc. Dix des moins arriérées, aident le personnel à apprendre à manger aux enfants incapables de manger seules et à perfectionner celles qui mangent malproprement. — Une enfant de la Fondation Vallée, Bris.., a continué à

| MOIS. | NOMBRE D'APPRENTIES | | VALEUR DE LA MAIN-D'ŒUVRE. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | COUT. | REPASS. | COUTURE. | | REPASSAGE. | |
| Janvier | 29 | 29 | 242 fr.. | » | 69 fr. | 20 |
| Février | 36 | 36 | 173 | 75 | 70 | 75 |
| Mars | 32 | 32 | 229 | 25 | 41 | 45 |
| Avril | 29 | 29 | 355 | 25 | 71 | 35 |
| Mai | 31 | 31 | 255 | » | 65 | 25 |
| Juin | 31 | 31 | 294 | 25 | 67 | » |
| Juillet | 32 | 32 | 87 | 50 | 62 | 40 |
| Août | 34 | 34 | 404 | 75 | 60 | » |
| Septembre | 34 | 34 | 233 | » | 59 | 15 |
| Octobre | 34 | 34 | 232 | 20 | 76 | 70 |
| Novembre | 30 | 30 | 198 | 75 | 61 | 50 |
| Décembre | 30 | 30 | 366 | » | » | » |
| | Totaux | | 3.071 | 70 | 770 | 25 |
| | Total général | | 3.841 fr. | 95 | | |

BOURNEVILLE, *Bicêtre*, 1898. ****

être employée comme demi-infirmière. L'administration lui alloue une indemnité mensuelle de 5 francs.

Les deux *ateliers* que nous possédons ont continué à fonctionner régulièrement. Le travail évalué par M. Lequeux, économe de Bicêtre, d'après le tarif réduit de l'Administration, s'est élevé à 3071 francs pour l'atelier de *couture* dirigé par M^me^ EHRMANN et 770 francs pour l'atelier de *repassage* dirigé par M^me^ QUATRE. Total : 3.841 francs. — Nous avons installé à la fin de l'année un petit atelier de typographie.

En plus des apprenties qui travaillent par séries régulières, 45 enfants ont travaillé une heure par jour. 25 enfants savent faire complètement les layettes ; 40 du crochet ; 15 savent marquer ; 12 savent faire la tapisserie ; 10 commencent à tricoter. — Le tableau de la page XLIX donne mois par mois le nombre des apprenties régulières et l'évaluation du travail.

*Visites, permissions de sortie, congés.* — Les enfants ont reçu 3.531 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 6.100. Ces chiffres témoignent de la sollicitude des familles envers leurs malheureuses enfants. Il semblerait que, se rendant compte de la responsabilité héréditaire qui leur incombe, elles redoublent d'affection pour elles.

| | |
|---|---|
| Permissions de sortie d'un jour | 18 |
| Congés de 2 jours | 27 |
| — 3 | 6 |
| — 4 | 26 |
| — 5 | 11 |
| — 6 | 13 |
| — 8 | 176 |
| — 9 | 1 |
| — 10 | 4 |
| — 12 | 2 |
| — 1 mois | 4 |
| Total. | 288 |

D'une façon générale, sauf quand il s'agit des *con-*

gés *d'essai* à fin de sortie nous ne tenons pas à accorder des congés de plus de cinq jours, parce que le séjour des enfants dans leurs familles se prolongeant, il est moins facile de les faire rentrer et surtout parcequ'elles reprennent vite, chez elles, leurs anciennes habitudes ; que, à leur retour, elles se plient moins bien à la discipline et travaillent avec moins d'ardeur.

La Commission de surveillance à visité la Fondation le 7 juin 1898. Jamais à notre connaissance, le Procureur de la République n'a visité la Fondation Vallée. Et c'est ainsi, comme nous le disions l'année dernière, que l'on se conforme aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés !

*Revaccinations.* — Elles ont été au nombre de 54 dont 2 seulement avec succès.

*Bains et hydrothérapie.* — Nous avons eu recours dans une large mesure aux bains et aux douches comme d'habitude. Quant aux autres moyens de *traitement*, ils ont été les mêmes que dans notre section de Bicêtre. Signalons surtout les *leçons de choses* soit en classe, soit dans les jardins et les promenades. — Nous veillons le plus possible à l'*hygiène sexuelle*, et pour les petites gâteuses et pour les petites filles pubères. — Les enfants prennent leurs douches à la Fondation. — Quant aux bains, l'installation n'ayant pu fonctionner une partie de l'année, nous avons dû nous servir des bains de Bicêtre. — Les *bains de pieds* ont été donnés également à Bicêtre où il existe, nous tenons à le rappeler, une installation rendant facile le lavage simultané des pieds d'un grand nombre de malades ; aussi avons-nous réclamé une installation semblable à la Fondation Vallée. Le sous-sol du bâtiment neuf pourra être en partie utilisé dans ce but, ainsi que nous l'avons dit plus haut. — Voici la statistique des bains et des douches en 1898.

| | |
|---|---|
| Bains simples | 3.945 |
| — salés | 306 |
| — amidonnés | 188 |
| Bains pris à Bicêtre | 2.804 |
| Total. | 7.243 |
| Douches | 33.685 |
| Bains de pieds | 2.293 |

*Promenades.* — Elle ont lieu deux fois par semaine, soit dans les communes voisines de la Fondation Vallée soit à Paris. Le nombre des enfants qui prennent part à ces promenades est de 50 à 80.

*Distractions.* — Les petites filles de la Fondation Vallée ont participé en 1898, comme les années précédentes, à toutes les *distractions* données aux garçons de Bicêtre, sans qu'il soit survenu des inconvénients de la présence simultanée à ces réunions des deux sexes. On a parlé beaucoup dans ces derniers temps des asiles aux portes ouvertes où on accorderait aux malades le plus de liberté possible. Notre pratique à la Fondation Vallée depuis 1890, à Bicêtre depuis 1880, consistant à accorder des permissions de sortie, des congés, à faciliter les visites des parents, à faire faire des promenades régulières au dehors, à donner des distractions fréquentes aux enfants nous parait une application sérieuse et sans inconvénient pour la sécurité publique du système que l'on prétend nouveau (1).

*Améliorations diverses.* — M<sup>me</sup> Quatre a été nommée premtère infirmière. — Aménagement en *dortoir* des *anciennes classes* (8 décembre). — Sablage des cours qui environnent le pavillon neuf. — Nivellement et sablage de la cour de récréation. —

(1). Le système de l'asile aux portes ouvertes est appliqué depuis plus de 40 ans dans l'asile médico-agricole de Leynie.

Transformation des cabinets du gymnase et installation du tout à l'égout. — Installation aussi du tout à l'égout aux cabinets de l'infirmerie.

*Teigne.* — Douze enfants ont été soignées au *pavillon des contagieux* de l'hospice de Bicêtre dans le courant de l'année 1898.

*Maladies intercurrentes.* — Elles ont été relativement nombreuses comparativement à l'effectif; — 6 tuberculeuses; — 5 méningites; — 2 excitations maniaques; — 2 choréiques; — 1 ophtalmie; — 1 pleurésie; — 4 bronchites; — 7 *états de mal épileptique;* — 20 engelures; — 18 gourmes; — 25 diarrhées. — Comme *maladies contagieuses* nous n'avons à citer qu'un cas de *fièvre typhoïde* suivi de guérison.

## II.

### STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1898 il restait à la Fondation Vallée 186 enfants se répartissant ainsi :

| | |
|---|---|
| Épileptiques | 42 |
| Hystériques | 3 |
| Idiotes ou imbéciles | 141 |
| Total. | 186 |

Sur ce nombre 3 étaient atteintes de *surdité*, 6 de *cécité*; 30 étaient *onycophages*; 2 *ruminantes*, 2 *écholaliques*, 6 *hémiplégiques*, 1 *polydactile*, 2 *flaireuses* et 2 *mangeaient* leurs *matières fécales.*

Voici le tableau du *mouvement de la population* en 1898.

| MOIS | ENTRÉES | SORTIES | DÉCÈS | TRANS-FERTS |
|---|---|---|---|---|
| Janvier............ | 6 | 2 | 2 | 1 |
| Février............ | 9 | 1 | » | 16 |
| Mars.............. | 11 | 3 | 1 | 2 |
| Avril.............. | 6 | 1 | 3 | » |
| Mai................ | 6 | 2 | 2 | 6 |
| Juin............... | 2 | 2 | » | » |
| Juillet............ | 1 | » | » | » |
| Août.............. | 9 | 1 | » | » |
| Septembre........ | 4 | » | 2 | 1 |
| Octobre........... | 1 | 1 | 7 | » |
| Novembre.......... | 5 | » | 2 | 2 |
| Décembre.......... | 2 | » | 1 | 3 |
| Totaux.......... | 62 | 13 | 20 | 24 |

*Décès.* — Les décès ont été au nombre de 13. Le tableau des pages LVI à LXI fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès ainsi que les principales particularités prèsentées par les malades.

*Sorties.* — Les sorties ont été au nombre de 20. Le tableau des pages LX à LXIV indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades.

*Évasions.* — Comme les années précédentes nous n'avons pas eu d'évasion en 1898.

*Transferts.* — Ils ont été au nombre de 24; 7 ont été transférées à Villejuif, 16 à Clermont et une en Belgique.

*Population au* 31 *décembre* 1898. — Il restait à la

Fondation, le 31 décembre, 189 enfants se décomposant ainsi :

| | |
|---|---|
| Idiotes et imbéciles ............... | 140 |
| Épileptiques ....................... | 47 |
| Hystériques ........................ | 2 |
| Total. | 189 |

Sur ce nombre 70 sont *gâteuses*, 2 sont atteintes de *surdi-mutité* ; 6 de *cécité* ; 2 sont *ruminantes* ; 3 *écholaliques* ; 20 *onycophages* ; 1 *polydactyle*, 1 *flaireuse* ; 6 sont *hémiplégiques*, 2 *athétosiques*, 2 *choréiques*, 12 *paraplégiques*, 7 *diplégiques*.

*Personnel.* — Il a été composé en 1898 d'un médecin, d'un interne provisoire, M. KATZ, d'une surveillante, Mlle LANGLET ; de 3 sous-surveillantes, Mmes EHRMANN, LAPEYRE et CROIZELLE ; d'une suppléante, Mlle RAYMOND ; d'un sous-surveillant-portier, M. CROIZELLE ; d'une 1re infirmière, Mme QUATRE, d'un infirmier, de 12 infirmières de jour et 6 de nuit. Total du *personnel secondaire* : 26.

Les résultats obtenus en 1898 à la Fondation Vallée, sont, ainsi que les années antérieures, dignes d'éloge. C'est au personnel, et en premier lieu à Mlle LANGLET que nous devons les résultats que nous avons enregistrés encore cette année.

| NOMS. | AGE. | MALADIE. | Date du décès. |
|---|---|---|---|
| Lega.......... | 2 ans 1/2. | Idiotie. Microcéphalie. | 16 janvier. |
| Bertr.......... | 16 ans. | Imbécillité prononcée par arrêt de développement congénital. Épilepsie. | 29 janvier. |
| Grézi ......... | 13 ans. | Idiotie. Hémiplégie spasmodique droite. | 11 février. |
| Courb......... | 6 ans 1/2. | Idiotie complète. Paralysie et tremblement des membres. | 17 mars. |
| Daut.......... | 5 ans. | Idiotie complète. Type mongolien. | 17 mars. |
| Teuli.......... | 15 ans. | Idiotie par arrêt de développement congénital. | 25 mars. |
| Fist........... | 11 ans 1/2 | Idiotie complète. | 29 avril. |

| CAUSES DU DÉCÈS. | PARTICULARITÉS. |
|---|---|
| Cachexie tuberculeuse. | Calotte très mince et transparente. État grêle et couleur chair de saumon de certaines circonvolutions. Dilatation assez notable des ventricules latéraux. Cachexie tuberculeuse. Dégénérescence graisseuse du foie. Étoiles vasculaires sur la surface des deux reins. |
| État de mal. | Calotte épaisse, dure, graisseuse ; plaques transparentes ; fosse occipitale gauche plus développée que la droite. Sclérose tubéreuse. — Congestion notable des poumons. Kystes scléreux des deux reins. |
| Pleurésie purulente. | Calotte moyennement épaisse ; plaques transparentes. Arrêt de développement des circonvolutions. Congestion du foie. — Broncho-pneumonie. — Pleurésie purulente. |
| Broncho-pneumonie. | Calotte moyennement épaisse, graisseuse ; plaques transparentes. — Arrêt de développement léger des circonvolutions. Lésions tuberculeuses sur le poumon gauche. Adhérence du foie au diaphragme. Broncho-pneumonie. |
| Cachexie progressive. | Crâne très mince, extrêmement transparent ; plagiocéphalie prononcée. — Adhérences nombreuses de la dure-mère à la calotte. — Léger degré d'hydrocéphalie. Cachexie progressive. |
| Tuberculose pulmonaire. | Crâne mince, peu dur ; plaques transparentes. — Arrêt de développement des circonvolutions du lobe frontal et du lobe occipital sur les deux hémisphères. Tuberculose pulmonaire. Longueur exagérée de l'appendice vermiforme. |
| Cachexie tuberculeuse. | Calotte peu épaisse, mais dure et compacte. Pie-mère fortement injectée. Adhérences prononcées de la dure-mère au crâne. Ramollissement général du cerveau. — Adhérences pleurales très intenses tant à droite qu'à gauche. Cachexie tuberculeuse. |

| NOMS. | AGE. | MALADIE. | Date du décès. |
|---|---|---|---|
| Gerv.......... | 2 ans. | Idiotie méningitique Épilepsie. Cécité. | 12 mai. |
| Delay......... | 3 ans. | Idiotie complète. Paraplégie. | 27 mai. |
| Haigr......... | 16 ans. | Idiotie complète. Gâtisme. | 20 juin. |
| Hama......... | 17 ans. | Épilepsie symptomatique. | 27 juin. |
| Trodo......... | 17 mois. | Idiotie. | 15 août. |
| Fusell......... | 12 ans. | Idiotie. | 30 octobre. |

| CAUSE DU DÉCÈS. | PARTICULARITÉS. |
| --- | --- |
| Pneumonie aiguë. Méningite hémorrhagique. | Os du crâne peu durs, assez épais. Persistance de la fontanelle antérieure ; persistance partielle de la suture métopique. Adhérences nombreuses de la dure-mère à la pie-mère. Sinus distendus par des caillots. Cerveau gélatiniforme. Faces internes et convexes des deux hémisphères infiltrées de sang. — Cœur rempli de caillots. Dégénérescence graisseuse du foie. — Pneumonie aiguë. |
| Broncho-pneumonie. | Opposition à l'autopsie. |
| Tuberculose généralisée. | Os du crâne épais et durs ; plaques transparentes. Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux. Tuberculose généralisée. |
| État de mal. | Calotte peu épaisse et peu dure ; graisseuse ; fosse occipitale gauche plus développée que la droite. — Adhérences de la dure-mère à la calotte et de la pie-mère à la région occipitale des deux côtés. Arrêt de développement des circonvolutions. Atrophie du coin et de la partie postérieure de L. Q. Congestion très intense du poumon droit. — Congestion du foie. Orifice vulvaire ne présentant pas d'hymen. |
| Cachexie. | Os du crâne très minces ; plaques transparentes ; plagiocéphalie prononcée ; persistance de la fontanelle antérieure et de la suture métopique. Adhérences de la dure-mère au crâne. Vascularisation intense du petit intestin. — Cachexie. |
| Tuberculose généralisée. Poussée de méningite. Méningo-encéphalite partielle. | Os du crâne minces et peu durs. Persistance de la suture métopique. — Poussée de méningite. Méningo-encéphalite partielle prédominant au niveau des nerfs et du chiasma obtiques. Tuberculose méningée, pulmonaire et ganglionnaire. |

| Noms. | Age. | Nature de la maladie. | Causes de la sortie. |
| --- | --- | --- | --- |
| Bau.................... | 18 ans. | Épilepsie. | Transférée à Villejuif le 24 janvier 1898. Amélioration notable. |
| Aug.................... | 2 ans. | Idiotie. | Rendue à sa famille qui veut la reprendre malgré son état lamentable le 26 janvier 1898. (6 jours de séjour à la Fondation). |
| Mich.................. | 11 ans. | Arriération intellectuelle. | Rendue à sa mère le 27 janvier 1898. Légère amélioration. |
| Min.................... | 10 ans. | Arriération intellectuelle ; paralysie intermittente. | Pas d'amélioration. Transférée en Belgique, le 26 janvier 1898. |
| Wern.................. | 10 ans. | Idiotie; gâtisme. | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Même état. |
| Luc.................... | 17 ans. | Idiotie; gâtisme. | Transférée à Clermont (Oise), le 28 février 1898. Même état. |
| Jouan.................. | 17 ans. | Idiotie. | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Même état. |
| Hul.................... | 14 ans. | Idiotie. | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Même état. |
| Gob.................... | 12 ans | Imbécillité, Épilepsie, Hémiplégie droite. | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Amélioration. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Garn | 10 ans | Idiotie. | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Même état. |
| Cond | 15 ans | Idiotie, Surdi-mutité. | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Amélioration. |
| Souail | 13 ans | Imbécillité prononcée, Impulsion violentes | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Amélioration. |
| Nic | 13 ans | Idiotie. | Très améliorée. Transférée à Clermont, le 28 février 1898. |
| Garn. (M...) | 16 ans | Idiotie, Gâtisme. | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Même état. |
| Galmic | 13 ans | Idiotie, Gâtisme. | Transférée à Clermont, le 28 février 1898. Même état. |
| Font | 11 ans | Imbécillité. | Transférée à Clermont le 28 février 1898. Même état. |
| Darg | 14 ans | Imbécillité. | Transférée à Clermont le 28 février 1898. Bien améliorée. |
| Baue | 15 ans | Idiotie. | Transférée à Clermont le 28 février 1898. Même état. |
| Boss | 19 ans | Idiotie. | Transférée à Clermont le 28 février 1898. Légère amélioration. |
| Nour | 17 ans. | Aliénation mentale. | Venant de Villejuif le 7 mars 1898. Transférée à Villejuif le 17 mars. 1898. Même état. |

| NOMS. | AGE. | NATURE DE LA MALADIE. | CAUSES DE LA SORTIE. |
|---|---|---|---|
| Malég.................... | 17 ans. | Idiotie; gâtisme. | Venant de Villejuif le 7 mars 1898. Transférée à Villejuif le 17 mars 1898. Même état. |
| Dub .................. | 15 ans. | Imbécillité. | Sortie définitivement pour ne pas être transférée le 27 mars 1898. Amélioration notable. |
| Delau.................. | 15 ans. | Imbécillité. | Rendue à sa famille qui tient à la reprendre le 5 avril 1898. Amélioration notable. |
| Pannet................ | 7 ans. | Épilepsie. | Rendue à sa mère qui ne veut pas la laisser transférér le 8 avril 1898. Amélioration. |
| Saint-Mar............. | 18 ans. | Idiotie, épilepsie. | Rendue à sa famille qui tient à la reprendre, les accés ne se reproduisant plus depuis octobre 1897. Amélioration considérable. Sortie le 14 avril. |
| Gouth.................. | 4 ans. | Idiotie avec hémiplégie droite. | En congé, non rentrée. Amélioration très notable (parole et marche). Sortie le 3 mai 1898. |
| Brun.................. | 6 ans. | Épilepsie. | Rendue le 11 mai 1898 à ses parents qui la réclament. Amélioration très notable. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Rat | 16 ans. | Idiotie. | En congé, y est décédée le 28 septembre 1898. |
| Barth | 4 ans 1/2. | Idiotie, hémiplégie droite, gâtisme. | Rendue à ses parents qui s'opposent au transfert le 28 septembre. Même état. |
| Stei | 10 ans. | Imbécillité. | Rendue le 6 octobre 1898 à ses parents qui la réclament. Amélioration. |
| Roq | 13 ans. | Imbécillité, épilepsie. | En congé, non rentrée, emmenée par sa mère en Belgique le 25 octobre 1898. |
| Herv | 13 ans. | Chorée. | Rendue à sa famille le 20 octobre 1898. Amélioration notable. |
| Rém | 14 ans. | Hébéphrénie avec obsession. | Rendue le 25 octobre 1898 à sa famille qui la réclame. Amélioration trés notable. |
| Brun | 17 ans. | Arriération intellectuelle, instabilité mentale. | En congé, non rentrée. Rendue à la directrice de l'orphelinat le 25 octobre. Amélioration |
| Delécol | 16 ans. | Hystérie, épilepsie, somnanbulisme. | Même état ; peut être rendue à sa mère qui s'oppose au transfert le 26 octobre 1898. |
| Bonne | 14 ans. | Manie avec accidents hystériformes. | Rendue à sa famille qui la réclame le 28 octobre 1898. Amélioration trés notable. |

| NOMS. | AGE. | NATURE DE LA MALADIE. | CAUSES DE LA SORTIE. |
|---|---|---|---|
| Volta ..................... | 12 ans | Arriération intellectuelle, hystéro-épilepsie. | En congé, non rentrée, peut être rendue à sa famille le 22 novembre 1898. Amélioration. |
| Péche..................... | 18 ans | Imbécillité légère, chorée, instabilité. | Transférée à l'asile de Villejuif, le 26 novembre 1898. Très améliorée. |
| Delco ..................... | 16 ans | Imbécillité. | Rendue à sa famille qui s'oppose au transfert le 6 novembre 1898 ; légère amélioration. |
| Jupi..................... | 20 ans. | Imbécillité. | Transférée à l'asile de Villejuif, le 26 novembre. Trés améliorée. |
| Pomp ..................... | 9 ans. | Épilepsie. | Transférée à Fains (Meuse), le 8 décembre 1898. Même état |
| Courc..................... | 14 ans. | Dépression mélancolique. | Rendue à son frère qui la réclame, 12 décembre 1898. Très-améliorée. |
| Gav..................... | 20 ans. | Imbécillité. | Transférée à l'asile de Villejuif le 13 décembre 1898. Amélioration. |
| Mor ..................... | 22 ans. | Idiotie, gâtisme. | Transférée à l'asile de Villejuif le 13 décembre 1898. Même état. |

## SECTION III. — **Assistance des enfants idiots : création de classes spéciales, annexées aux écoles primaires, pour les enfants arriérés.**

---

### I.

**A MM. les membres de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine.**

MES CHERS COLLÈGUES,

L'organisation de *classes spéciales*, distinctes des écoles primaires ordinaires ou annexées à l'une ou plusieurs de ces écoles dans chacun des arrondissements de la ville de Paris, ou des principales agglomérations du département de la Seine, a été réclamée par nous, depuis nombre d'années. Après avoir signalé, au fur et à mesure, soit dans les *Archives de neurologie*, soit dans le *Progrès médical*, les renseignements qui nous parvenaient, nous avons porté la question devant la *Délégation cantonale* du V$^{me}$ arrondissement, le *Congrès national d'assistance* de Lyon, la *Commission de surveillance des asiles,* le *Conseil général* de la Seine.

Jusqu'à présent, nos efforts sont demeurés stériles. L'accueil que vous avez bien voulu faire à nos propositions, l'attention que vous avez prêtée aux faits à l'appui de ces créations, que nous avons mis sous vos yeux, à chacune de vos visites dans la section des

enfants, nous encourage à insister encore cette année sur les avantages incontestables de la création de ces *classes spéciales*, dans l'intérêt des enfants, de leurs familles et des finances du département.

A notre avis, ces *classes spéciales* seraient destinées à recevoir : 1° les enfants arriérés, indisciplinés, etc., qui nuisent au bon fonctionnement des écoles ordinaires, au détriment des enfants normaux; 2° les enfants idiots, améliorés par le traitement médico-pédagogique dans les différents services hospitaliers où ils ont été admis et qui, en l'absence de ces *classes spéciales*, sont obligés de les conserver.

En ce qui concerne la *première catégorie*, l'ancien directeur de l'enseignement primaire dans le département de la Seine, M. Carriot, devait, en se servant de la classification et des définitions qu'il nous avait demandées, faire dresser la *statistique des enfants arriérés* ou *indisciplinés* existant dans toutes les écoles primaires de Paris, et ultérieurement de la Seine. Son départ l'a empêché de donner les instructions nécessaires et son successeur, M. Bédorez, ne paraît pas avoir été mis au courant de cette affaire.

Relativement à la seconde catégorie, nous allons, de nouveau, comme nous l'avons fait précédemment, placer devant vous un certain nombre d'enfants que nous avons améliorés et qui, par conséquent, pourraient être rendus à leurs familles — avec ou sans secours mensuel — et être envoyés dans ces classes.

[M. BOURNEVILLE montre une vingtaine de ces enfants, avec leurs *cahiers scolaires* et leurs *photographies* prises à diverses époques depuis leur entrée, documents qui mettent bien en relief les améliorations obtenues chez eux.]

Nous vous avons indiqué, sinon toutes les créations de ce genre existant à l'étranger, au moins une

grande partie d'entre elles. Nous espérions naïvement que notre pays — n'ayant pas eu l'initiative — s'efforcerait de réparer le temps perdu et procéderait rapidement à l'organisation de ces classes. *Rien n'a été essayé.* Aussi, revenant à la charge, avons-nous pensé devoir profiter de votre visite pour porter à votre connaissance de nouveaux documents que nous croyons intéressants et de nature à exciter le zèle de l'Administration et du Conseil général. Ils ont trait à trois pays : la Suisse, l'Angleterre et la Belgique.

## § I. SUISSE.

Notre ami, le Dr Ladame (de Genève), a bien voulu, sur notre demande, faire une enquête complète sur les classes spéciales qui existent depuis un temps plus ou moins long dans son pays et nous a adressé, sous forme de lettre, les résultats très remarquables de cette enquête.

Genève, le 25 mai 1898.

Mon cher ami,

Le premier établissement pour la « guérison » et l'éducation des enfants crétins et idiots, en Suisse, a été fondé, comme on sait, en 1840 par le Dr Guggenbühl (de Glaris), sur l'Abendberg près d'Interlaken. Lorsque nous cherchâmes, il y a quelques années, à nous renseigner sur la catastrophe qui mit fin à cette entreprise et donna le coup de mort à son infortuné fondateur (le Dr G. mourut à Montreux à peine âgé de 47 ans, peu après la fermeture de l'Abendberg), on nous répondit: « Le mieux c'est de n'en pas parler ». Et cependant nous sommes de ceux qui croient que la lumière n'est pas faite sur l'histoire de l'établissement de l'Abendberg. Le malheureux Guggenbühl, comme tous les précurseurs, a été victime de sa foi. Il croyait à la guérison des idiots, et il a succombé sous l'accusation de charlatanisme, dont il a été gratifié officiellement par la commission des savants médecins nommés

par le gouvernement bernois, à l'instigation du ministre anglais Gordon, résidant à Berne, pour faire une enquête sur les prétendues guérisons que G. se vantait d'opérer dans son asile (1). Ce procès mériterait d'être revisé. Nous sommes convaincu que les critiques impitoyables et les attaques passionnées, qui poursuivent encore la mémoire du médecin de l'Abendberg, feraient place à une plus juste appréciation de son œuvre, si on le jugeait aujourd'hui d'après nos connaissances modernes sur l'idiotie. L'erreur qu'il a commise n'est pas un crime. L'initiative de G. a porté de nombreux fruits : l'établissement qu'il a fondé est devenu le point de départ de ceux qui ont été créés dès lors en Europe et en Amérique (2). L'écroulement de l'Abendberg eut des conséquences fatales sur l'éducation des idiots en Suisse. Il en arrêta les progrès pendant de nombreuses années. Tandis qu'on fondait partout des asiles pour les idiots, à l'exemple de Guggenbühl, les cantons suisses qui ont tant fait pour l'assistance des malheureux sous d'autres rapports, se désintéressaient de cette question. Jusqu'en 1883, il n'existait dans notre pays que quatre petits établissements privés pour l'éducation des enfants faibles d'esprit. La *Société d'utilité publique* de Zurich ouvrait au printemps de 1883 le bel asile de Regensberg qui servit de modèle à beaucoup d'autres. On en compte actuellement douze, en Suisse, qui soignent et élèvent plus de 500 enfants idiots ou faibles d'esprit.

Une nombreuse assemblée fut convoquée à Zurich les 3 et 4 juin 1889 par des hommes d'initiative, entre autres M. Kœlle, le directeur bien connu de l'asile des épileptiques, et le pasteur Ritter, dans le but de discuter la question de l'assistance des enfants idiots et faibles d'esprit.

---

(1) Voir les rapports des Drs Flügel et Demme dans les « Actes de la Société helvétique des sciences naturelles ».

(2) Nous devons rappeler que les premiers essais d'éducation des enfants idiots sont dus à Itard (*Rapports sur le Sauvage de l'Aveyron*, 1802 et 1807) ; que Belhomme montra en 1824 la possibilité d'éduquer les idiots ; — qu'en 1828, Ferrus organisa une sorte d'école à Bicêtre ; — qu'en 1831, J. P. Falret entreprit la même tâche à la Salpêtrière ; — qu'en 1834, F. Voisin fonda pour les enfants idiots un établissement orthophrénique ; — qu'en 1837, E. Séguin commença les travaux qui ont rendu son nom illustre, etc. (B.)

Un compte-rendu de cette conférence a été publié et renferme notamment des mémoires du Dr Wildermuth sur la pathologie de l'idiotie et du professeur Forel sur les jeunes aliénés. On trouve aussi dans ce recueil le premier travail paru en Suisse sur les « Classes spéciales pour les enfants arriérés » par MM. A. Fisler (de Zurich) et le Dr Largiarder (de Bâle).

En outre plusieurs délégués firent des rapports à la conférence sur la création d'asiles pour les idiots et sur l'organisation d'un enseignement spécial, dans leurs cantons, pour les enfants faibles d'esprit. Le Dr Wiesmann (d'Hérisau), délégué d'Appenzell (Rhodes-Extérieures), nous apprend que cette commune a créé depuis 1883 deux classes pour les enfants arriérés et que les résultats de cet enseignement spécial ont été très satisfaisants, parfois surprenants. En 1889, on comptait 18 enfants fréquentant ces classes. Le renseignement de 1897 indique 63 enfants arriérés, répartis actuellement dans les classes spéciales formées dans plusieurs communes de ce petit canton. D'autres communes suivirent bientôt l'exemple d'Hérisau, car la statistique annonce que 157 enfants du demi-canton d'Appenzell (R. E.) sont désignés pour être placés dans les *classes spéciales*.

Dans les Grisons, une petite classe spéciale pour 15 à 25 enfants fut fondée à Coire en 1881 par une dame charitable, dont la sœur avait été éduquée avec succès dans l'établissement des sourds-muets de Zurich. A Saint-Gall les classes spéciales furent créés en 1888 par un règlement dont voici les principales dispositions : « La classe spéciale est une partie intégrante de l'école primaire. L'enfant y est admis après une année d'école primaire si on a reconnu la nécessité de son admission. Le nombre des élèves des deux sexes ne dépassera pas 25 pour une classe. Maximum de 30 heures par semaine dont 10 au moins seront consacrées à la gymnastique et aux travaux manuels. »

La ville de Bâle avait procédé en janvier 1888, avant Saint-Gall, à l'organisation de deux classes spéciales pour

enfants arriérés, sur l'initiative du D[r] Largiarder, directeur de l'école secondaire des jeunes filles, qui s'inspira de ce qu'il avait vu à Cologne et à Elberfeld. Pour Largiarder le chiffre de 25 enfants est l'extrême limite qui ne doit jamais être dépassée. *Les filles et les garçons reçoivent l'enseignement en commun, bien que les sexes soient séparés dans les écoles bâloises.* L'expérience a prouvé, en effet, que la réunion des garçons et des filles avait une bonne influence pour leur éducation dans les classes spéciales. — L'enseignement est fait par des institutrices qui sont mieux qualifiées que les hommes pour cette œuvre de patience et de dévouement. Le programme est le même que celui des écoles primaires, mais on donne aux maîtresses une grande liberté d'action pour le remplir. L'admission dans ces classes n'a lieu que sur la décision du chef du département de l'instruction publique, sur le vu d'un rapport de l'instituteur, de l'inspecteur scolaire et du médecin. On craignait au début que les parents ne s'opposassent à l'entrée de leurs enfants dans la classe spéciale. Mais ce fut tout le contraire qui arriva. Les parents ne sont souvent que trop facilement disposés à demander l'admission de leurs enfants dans cette classe. Il n'y a pas ici d'examen de fin d'année comme cela a lieu pour les autres classes.

Largiarder termine son rapport en disant qu'il était autrefois l'adversaire décidé des classes spéciales. Il lui paraissait injuste de marquer l'enfant dès le jeune âge du stigmate de l'imbécillité en le parquant dans une école spéciale. Il partageait aussi le préjugé courant qui proclame la bonne influence de la présence dans une même classe des enfants normaux et des arriérés, ceux-ci étant stimulés par les progrès de leurs camarades mieux doués. Mais l'expérience lui a appris que, tout au contraire, les classes spéciales sont un bienfait pour les enfants arriérés et un véritable soulagement pour les classes ordinaires.

L'instituteur A. Fisler (de Zurich) avait été chargé du rapport principal sur cette question à la conférence du 3 juin 1889. F. peint le sort malheureux des enfants arriérés dans l'école commune, dont ils deviennent le poids

mort. Il montre la nécessité de les instruire à part, aussi bien dans leur propre intérêt que dans l'intérêt général des classes ordinaires. Il réfute les critiques que l'on a adressées à l'institution des classes spéciales et fait sentir par des exemples frappants la nécessité qu'il y a de s'occuper individuellement des enfants anormaux, ce qu'il est imposible de réaliser dans les classes ordinaires. F. donne des chiffres tirés de l'école de Zurich qui prouvent que le nombre des enfants arriérés est beaucoup plus grand qu'on le suppose. Partout où l'on a fondé des classes spéciales, elle se sont immédiatement peuplées et le nombre des enfants admis dans ces écoles a toujours été beaucoup plus considérable qu'on ne le croyait au premier abord. Il faut compter, dit-il, environ 3 ou 4 0/0 d'enfants arriérés dans la population scolaire.

Nous venons de voir qu'il existait déjà en Suisse depuis quelques années, avant la conférence de Zurich de 1889, des classes spéciales pour les enfants arriérés dans les Grisons, l'Appenzell, à St-Gall et surtout à Bâle, mais il est incontestable que toutes celles qui se sont fondées dès lors ont pris naissance sous l'influence de cette conférence, qui eut un grand retentissement.

A l'occasion du centenaire de Pestalozzi, qui fut célébré dans toutes les écoles suisses le 12 janvier 1896, de nombreuses publications et conférences pédagogiques eurent lieu dans un grand nombre de cantons. Quelques mois plus tard, le 7 juin 1896, les délégués des sociétés pédagogiques de la Suisse se réunissaient à Lucerne, où M. Auer, maître secondaire dans le canton de Glaris, fit une conférence publique intitulée : « *Comment devons-nous assister les enfants arriérés et faibles d'esprit en Suisse? De quelle manière les sociétés pédagogiques suisses peuvent-elles préparer et activer la solution de cette question brûlante* (1) ?

L'auteur défend, entre autres, la thèse que les enfants

---

(1) Cette conférence, très documentée et fort bien ordonnée, a été publiée dès lors sous le titre « *Sorget für die Schwachsinnigen Kinder* » (Prenez-soin des enfants faibles d'esprit). Zurich, 1896.

faibles d'esprit ne doivent pas recevoir l'instruction scolaire avec les enfants normaux, comme on a coutume de le faire aujourd'hui. On leur cause ainsi un grave préjudice et ils deviennent pour le reste de leur vie les victimes innocentes de cette flagrante injustice. Il faut les sortir de l'école primaire et faire leur éducation à part. Ceux qui sont atteints d'un degré léger de faiblesse d'esprit seront instruits dans des classes spéciales ; les idiots proprement dits devront être placés dans des établissements.

A la suite de cette conférence, les délégués réunis à Lucerne prirent à l'unanimité la résolution de s'occuper activement des enfants faibles d'esprit. Une pétition des sociétés pédagogiques fut adressée au Conseil fédéral le 1er novembre 1896. Ce document fait ressortir qu'un grand nombre d'enfants arriérés sont placés dans les écoles primaires, où il est impossible de leur donner les soins et l'attention nécessaires. Ils sont abandonnés à eux-mêmes et voués à la déchéance mentale, car leur éducation doit faire l'objet de soins particuliers. Les résultats de la visite sanitaire des recrues et les enquêtes faites dans les cantons de Glaris, de Thurgovie et de Soleure ont révélé le grand nombre de ces enfants qui fréquentent l'école. On compte environ 1 à 2 enfants faibles d'esprit pour cent écoliers normaux. Il en existe donc des milliers en Suisse. Le corps enseignant considère comme son devoir de vouer toute sa sollicitude à l'éducation des enfants anormaux. Le premier pas pour guérir un mal, c'est de le bien connaître. Voilà pourquoi les sociétés pédagogiques demandent au Conseil fédéral de bien vouloir ordonner une enquête statistique, d'après un plan uniforme et faite en même temps dans tous les cantons de la Suisse.

Le Conseil fédéral approuva la proposition, après avoir consulté les gouvernements cantonaux, qui s'y montrèrent sympathiques.

Le bureau fédéral de statistique, dont le directeur est M. le Dr Guillaume, fut chargé d'étudier le programme et l'organisation de ce recensement.

Le 2 février 1897, le Conseil fédéral décida que le recensement serait fait dans le courant du mois de mars suivant, avant la clôture du semestre d'hiver.

Les résultats de ce dénombrement furent publiés par le bureau fédéral de statistique le 12 novembre 1897; nous en détachons les chiffres suivants.

Il résulte des renseignements recueillis dans tous les cantons que 13.155 enfants en âge de fréquenter l'école primaire rentrent dans le cadre de l'enquête. Sur ce nombre, 7.667 enfants, soit 59 0/0, sont indiqués comme faibles d'esprit à divers degrés mais susceptibles d'éducation et d'un certain développement intellectuel.

De ces 7.667 enfants arriérés ou faibles d'esprit, mais envisagés comme susceptibles de développement psychique, on en compte :

567 qui reçoivent déjà une instruction dans une classe spéciale;

411 qui sont placés dans un établissement spécial ;
104 qui se trouvent dans des orphelinats ;
5.585 pour lesquels un traitement individuel dans une classe spéciale et dans un asile spécial est réclamé ;

534 pour lesquels un traitement spécial n'a pas été jugé nécessaire pour divers motifs ;
466 pour lesquels la question du placement est laissée indécise.

Comme on le voit, la grande majorité de ceux qui sont indiqués comme faibles d'esprit devraient recevoir l'instruction dans une classe spéciale.

Le recensement de mars 1897 a exercé une influence décisive sur la création de ces classes en Suisse. Chaque année on en a organisé de nouvelles et nous ne pourrions pas les indiquer toutes ici. Je me bornerai donc à donner quelques brèves indications sur les principales.

Celles de Bâle sont au nombre de huit, parfaitement organisées aves 25 élèves chacune. Chaque classe comprend trois ou quatre divisions. La discipline y est complète; les enfants y sont dressés à l'obéissance militaire et peut-être y a-t-il dans ce fait une cause d'infériorité pour le développement de leur initiative personnelle.

Pourrait-on reprocher aux classes spéciales de Bâle d'être un peu trop des écoles modèles? Il n'existe, il est vrai, dans aucun autre canton de la Suisse, une organisation qui satisfasse complètement aux besoins locaux.

A Bâle-Ville, le recensement de 1897 a montré que le nombre des enfants faibles d'esprit recommandés pour être placés dans une classe spéciale est réduit à trois, un garçon et deux fillettes, c'est-à-dire qu'on y a pris toutes les mesures nécessaires pour donner à ces enfants l'éducation dont ils ont besoin.

Le conseil a revisé le règlement de ces classes le 23 avril 1892 pour le mettre en harmonie avec la loi scolaire qui institue les classes spéciales. Cette loi, promulguée le 21 juin 1880, a été modifiée le 8 juin 1891. Les classes sont mixtes; *garçons et filles y reçoivent l'instruction en commun.*

Le § 4 du nouveau règlement exclut catégoriquement des classes spéciales les enfants suivants :

1° Ceux qui, en vertu d'infirmités corporelles ou mentales ne sont pas aptes à suivre les écoles publiques;

2° Ceux qui sont pervertis moralement;

3° Ceux qui ont atteint la seconde classe primaire.

Par contre, on admet dans les classes spéciales, les enfants susceptibles d'instruction qui, par suite de défectuosités corporelles ou mentales, ont besoin d'un traitement individuel et ne peuvent pas, pour cette raison, se tenir au niveau de leurs camarades dans les classes ordinaires.

L'admission a lieu soit sur la demande des parents,

avec autorisation du Département de l'instruction publique (si l'enfant a passé au moins une année à l'école primaire, en donnant la preuve qu'il ne pouvait y suivre les leçons), soit directement par une mesure administrative du Département, avec l'assentiment des parents, après que l'enfant a tenté sans succès un essai de deux ans à l'école primaire.

Une commission, composée de l'inspecteur scolaire, des médecins et de l'instituteur de la classe spéciale, est consultée pour chaque cas et aucun enfant n'est admis dans la classe spéciale sans le preavis favorable de cette commission. Toutefois le Département peut y placer provisoirement des enfants, s'il s'agit de cas urgents, pendant l'année scolaire.

Lorsque les parents ne consentent pas aù placement de leur enfant dans une classe spéciale, le Département prononcera si l'enfant peut continuer à fréquenter l'école publique. En tout temps, le Département pourra faire rentrer un enfant de la classe spéciale dans une école primaire sur la proposition de l'instituteur, appuyée par la Commission dont nous venons de parler, c'est-à-dire par le médecin et l'inspecteur scolaires.

A Zurich, la première classe spéciale pour enfants arriérés a été ouverte en avril 1891. En 1896, il y avait 6 classes spéciales, avec un total de 175 enfants, 84 garçons et 91 filles. Le règlement organique de ces classes a été adopté le 15 février 1894. Il ne diffère que peu de celui de Bâle. On y retrouve la même composition de la commission spéciale. Le droit de recours des parents contre les décisions de cette commission est formellement réservé; la classe spéciale n'est pas obligatoire. La rentrée d'un enfant dans l'école primaire peut être faite à l'essai, ce qui nous parait très avantageux. Comme à Bâle, le nombre des élèves ne doit pas dépasser 25 dans une classe. Le règlement de Zurich insiste sur le traitement individuel de chaque enfant, dont l'éducation doit s'inspirer avant tout des nécessités de la vie pratique.

L'âme des classes spéciales zuricoises est certainement

l'instituteur Fisler, qui montre à quel point la personnalité du maître joue ici le rôle essentiel. Pour le succès des classes spéciales, tout repose sur l'instituteur. Si ce dernier ne comprend pas la belle mission qu'il a à remplir et n'est pas à la hauteur de sa tâche, la classe spéciale sera plus mauvaise pour l'enfant que son séjour ingrat dans l'école primaire. Fisler affirme que l'enseignement schématique, qui ne tient pas compte des différences individuelles si grandes chez les enfants anormaux, est la mort des classes spéciales. Les résultats obtenus à Zurich sont le triomphe de la méthode intuitive, qui fait appel à l'initiative personnelle de l'enfant, en réveillant ses facultés engourdies et arrêtées dans leur développement.

A Saint-Gall, il existe deux classes spéciales; la plus ancienne est destinée surtout aux enfants vraiment anormaux, tandis que la plus récente, ouverte en 1897, est plutôt réservée aux enfants simplement arriérés. M^lle^ Anna Bohl, qui est à la tête de la première depuis 1893, a présenté un mémoire, fort bien étudié, à la conférence pédagogique du corps enseignant saint-gallois, en 1897. Cette institutrice distinguée termine son travail par les thèses suivantes :

I. La société, c'est-à-dire l'Etat, a un intérêt à la bonne éducation des faibles d'esprit qui peuvent être élevés à la dignité d'hommes et rendus capables de gagner leur vie.

II. C'est pourquoi des dispositions légales doivent être prises, qui donnent aux enfants faibles d'esprit le droit de recevoir pendant 7 ans un enseignement spécial obligatoire. Les enfants n'en seraient dispensés que sur déclaration médicale compétente, constatant l'arrêt définitif de leur développement mental, ou s'ils étaient suffisamment avancés pour rentrer, sans inconvénients, dans l'école primaire commune.

III. Comme les enfants faibles d'esprit ou anormaux ne peuvent pas suivre avantageusement les écoles ordinaires, les autorités scolaires devront les dispenser de suivre ces

écoles et les placer, suivant la décision d'une commission médicale et pédagogique, soit dans une classe spéciale, soit dans un établissement.

IV. Les communes doivent s'occuper de l'organisation des classes spéciales dans leur ressort. Elles seront aidées pour cela par un subside de l'Etat.

Les autres thèses étant relatives aux conditions particulières du canton de Saint-Gall, nous les passons sous silence.

Lausanne a vu s'ouvrir, le 1er mai 1896, avec 10 élèves, la première classe spéciale de la Suisse romande. D'après les rapports de la direction des écoles, les résultats obtenus dans cette classe ont été des plus encourageants : « Comme l'année précédente, lisons-nous dans le rapport pour 1897, ces résultats démontrent clairement que tous les enfants arriérés, qu'ils soient faibles d'esprit à un degré léger ou à un degré très prononcé (?) sont susceptibles d'un développement plus ou moins rapide, les rapprochant sensiblement de l'état normal, grâce à un enseignement spécial, individuel et intuitif.... D'heureuses transformations se sont opérées sur plusieurs sujets qui, autrefois, étaient indisciplinés et exerçaient une mauvaise influence sur leurs camarades.

« A mesure que quelques connaissances trouvent accès dans leur tête, jadis si rebelle, leur cœur s'ouvre ; ils ne sont plus les derniers de la classe, les bouffons, les souffre-douleurs des autres enfants, ne subissant que blâme et punitions. Ils commencent à travailler avec intérêt et joie, et non plus sous le poids de leur infériorité. Les mauvais instincts qui, sans doute, se réveillent encore parfois, perdent ainsi peu à peu de leur puissance. La classe spéciale, n'obtiendrait-elle que ce seul résultat, n'en serait pas moins une institution bienfaisante et utile à la société. »

Une commission de deux médecins et du directeur des écoles examine les élèves que les parents désirent confier à la classe spéciale. Leur admission a lieu dès qu'on

a reconnu leur incapacité de suivre l'enseignement commun de l'école primaire, soit pour cause d'infirmités physiques (le plus souvent surdité ou bégaiement), soit pour cause de débilité intellectuelle ou de troubles nerveux. M^lle^ Emma Krieger, institutrice de la classe spéciale de Lausanne, a publié dans l'*Educateur* (organe de la *Société pédagogique* de la Suisse romande, n° du 15 février 1897), quelques renseignements intéressants sur la classe spéciale de Lausanne, qui confirment les bons résultats dont nous avons parlé. « Il règne entre les élèves, dit-elle, une franche gaieté, une grande affection, beaucoup d'émulation. Rien de plus récréatif, pour le maître, que de voir les mines réjouies de tous ces pauvres déshérités pour lesquels l'école est devenue un paradis. »

A Genève, enfin, il y aura bientôt quatre classes spéciales. La première a été ouverte le 25 mars 1898, la seconde tout récemment, le 23 mai courant. Deux autres sont en pleine organisation. Grâce à l'activité persévérante de Madame Picker, inspectrice des écoles primaires, une école spéciale comptant 22 petites filles de 7 à 14 ans a été créée par le Département de l'Instruction publique, dont le président, M. Gavard, a tout de suite compris l'importance. La direction de cette classe a été confiée à M^lle^ Lack, qui s'y était préparée par un voyage dans la Suisse allemande, à Bâle, à Zurich et à Saint-Gall, où elle se mit au courant de l'organisation des classes spéciales de ces villes, dont elle tira un grand profit.

L'institution est de date trop récente à Genève pour qu'on puisse porter sur elle un jugement. Il faut en attendre les résultats. Mais tout fait espérer que ces résultats ne seront pas moins satisfaisants que ceux des autres villes suisses.

Votre bien dévoué, D^r^ LADAME.

Nous manquerions à notre devoir si nous ne remercions pas publiquement notre ami, si dévoué à la science et aux questions philanthropiques, de sa belle et intéressante lettre. L'exposé si complet qu'il

nous donne de l'organisation des classes spéciales dans son pays et des résultats si démonstratifs qu'elles ont fourni, nous semblent de nature à attirer sérieusement l'attention de tous ceux qui s'occupent des questions d'assistance et d'enseignement.

## § II. ANGLETERRE.

Le *School Board for London* (Conseil des écoles de Londres) a institué une commission chargée des écoles pour l'instruction spéciale des *enfants anormaux* (sourds et muets, aveugles et faibles d'esprit). Tous les ans les superintendants de chaque groupe adressent à la commission un rapport sur les classes dont ils sont chargés. Nous empruntons les renseignements qui suivent au rapport de 1897.

1° En mars 1891, le Conseil des Ecoles de Londres prit en considération la recommandation suivante de la Commission royale pour l'instruction des aveugles, sourds, etc. : « Que les *enfants arriérés* devraient être séparés des écoliers ordinaires dans les écoles publiques élémentaires, afin qu'ils puissent recevoir une instruction spéciale. » Pour donner suite à cette recommandation, le Conseil adopta les résolutions suivantes :

« Que des écoles spéciales pour les enfants qui, pour raison de défauts physiques ou intellectuels, ne peuvent être instruits convenablement dans les classes ordinaires ou par les méthodes ordinaires, seront établies, et que ces écoles seront appelées « Ecoles pour instruction spéciale ».

« Qu'un nombre suffisant de salles seront réservées dans chaque école pour l'instruction spéciale, afin de permettre une classification convenable des enfants, de *pourvoir* d'après *la somme* de leurs capacités individuelles

à leur développement mental, dans le but de les rendre capables, éventuellement, de reprendre leur place dans les classes ordinaires.

« Que l'on ne donne pas plus de 30 enfants à instruire à un seul maître dans les écoles pour instruction spéciale.

« Que les enfants qui seront reçus dans ces écoles soient désignés par le Directeur des écoles élémentaires. comme faibles d'esprit, pauvrement pourvus de perception, de mémoire, de raisonnement, etc.; et qu'avant d'admettre ces enfants dans les écoles pour instruction spéciale, ils seront examinés par un médecin du Conseil et par le directeur de ces écoles spéciales.

« Qu'un système très étendu de *jardins d'enfants* sera adopté dans ces écoles, que la plus large liberté sera accordée à chaque maître pour réaliser l'objet principal qui est le développement intellectuel de l'élève.

« Qu'en règle générale, aucun enfant ne soit envoyé dans une école spéciale située à plus d'un demi-mille, sans que les parents ou gardiens provisoires ne les accompagnent.

2° M^rs E. Burgwin (de Clapham) est directrice de l'instruction des enfants défectueux, physiquement et mentalement. Ses devoirs consistent à visiter les écoles ordinaires, à faire un rapport sur les cas pouvant convenir pour les classes désignées dans la notice du Conseil et à diriger l'organisation générale des centres pour l'instruction spéciale.

3° Les enfants sont inspectés par les Inspecteurs de Sa Majesté et le prix ordinaire pour les enfants sera payé comme terme moyen. Il n'y a pas charges d'honoraires dans ces écoles.

4° Le montant des salaires des maitres dans les écoles spéciales est le même que celui des maîtresses assistantes dans les écoles ordinaires, avec une somme addition-

nelle de 10 liv. sterl. (250 fr.) pendant la première année de service dans les écoles spéciales. Cette somme additionnelle sera portée à 15 liv. sterl. (375 fr.) par an, après la première année de service.

5° Les nominations des maîtres seront faites en premier lieu pour un an, après examen, et seront plus tard sujettes à revision, au bout de 5 ans, afin que l'on puisse faire passer les maîtres dans les écoles ordinaires, si l'on juge à propos de les remplacer par de nouveaux maîtres dans les écoles pour instruction spéciale.

Suit une liste donnant l'indication des centres d'instruction spéciale, existant en novembre 1897, la date de leur création, le nombre des places prévues, celui des places occupées, enfin les noms des maîtres chargés de ces classes avec leur traitement.

Les centres d'enseignement sont au nombre de 31. Trois ont été ouverts en 1892 (le premier le 5 juillet) ; — 4 en 1893 ; — 4 en 1894 ; — 6 en 1895 ; — 9 en 1896 ; — 5 en 1897. — Le nombre des places est de 2.126 dont 1.204 étaient occupés le 1er novembre 1897.

## § III. BELGIQUE.

Nous allons donner maintenant le résumé des documents que nous avons recueillis sur la Belgique qui, aujourd'hui, s'occupe activement et avec fruit de la création des *classes spéciales* pour les arriérés.

Depuis un certain nombre d'années déjà, il y avait dans quelques écoles de Bruxelles des *classes d'arriérés* où étaient réunis les enfants les plus divers : arriérés pédagogiques, arriérés médicaux et indisciplinés, etc. Aucun

esprit de système ou de classification ne guidait le placement des enfants dans ces classes et aucun régime spécial n'était appliqué à ces élèves. L'hétérogénéité de ces classes et le fait qu'elles étaient soumises aux systèmes disciplinaires et éducatifs de l'ensemble des écoles, sont les deux motifs principaux pour lesquels l'institution de ces classes d'arriérés resta absolument stérile. Elle ne procura aucun avantage ni aux pauvres d'esprit, ni aux indisciplinés et elle ne débarrassa pas les écoles des sujets défectueux, capables de nuire aux enfants normaux.

A différentes reprises, les directeurs des écoles attirèrent l'attention de l'administration communale sur cet état de choses. Signalons surtout M. le directeur Desvémel qui s'est beaucoup occupé de la question.

Un mouvement important s'est dessiné d'ailleurs, en Belgique, depuis quelques années.

La question des enfants martyrs est examinée en ce moment à tous les points de vue ; l'étude de la question des écoles de correction et de bienfaisance et celle de l'éducation des anormaux médicaux sont actuellement reprises et scientifiquement conduites. En somme, de tous les côtés, on s'occupe des différents problèmes soulevés par la question de l'*enfance anormale.*

L'année dernière, au mois de mai, la ville de Bruxelles fonda sa première école spéciale. Cet établissement est une école centrale, les élèves n'y viennent point directement. Ils y sont envoyés par les directeurs des écoles du bas de la ville, si, au moment de leur entrée ou si en cours d'étude, ils présentent quelque chose d'anormal.

Amené à l'école spéciale, l'enfant est observé par le médecin attaché à l'établissement. Il est examiné au point de vue physique et psychique. Dans cet examen, il est tenu compte des renseignements obtenus durant l'exploration de l'enfant, des renseignements donnés par les parents, et des rapports fournis par le directeur et les instituteurs de l'école où se trouvait antérieurement l'élève.

Quels sont les élèves admis à l'école spéciale ? 1° Les *arriérés pédagogiques*, enfants sans troubles psychiques, mais qui, par fréquentation irrégulière, maladie, voyage, etc., etc., se trouvent très en retard dans leurs études et sont devenus incapables de suivre l'enseignement de l'école normale, même quand ils sont placés dans des classes inférieures à leur âge.

2° Les *arriérés médicaux*, imbéciles, simples d'esprit, idiots du premier degré, etc. Notre école n'est pas une école pour idiots; aussi les cas d'idiotie un peu prononcée ne sont-ils point acceptés.

3° Les *indisciplinés*.

4° Les enfants présentant des troubles prononcés de la parole ou ayant quelque autre défaut, rendant impossible leur séjour momentané à l'école primaire. La population de l'école est donc variée. Pourtant au point de vue pratique, la diversité n'est pas aussi grande qu'on pourrait le penser à première vue.

Voici les grandes lignes de l'organisation. Il existe d'abord à l'école, une classe qui n'est établie dans aucun autre établissement de Bruxelles : *c'est une classe de transition entre les classes frœbeliennes*. On y reçoit les enfants de 6 à 8 et 9 ans qui, à l'école Frœbel, ont déjà évolué anormalement et se montraient déjà, là, des arriérés (ils sont rares). Cette classe, dirigée par M^lle de Bayl, compte un très petit nombre d'élèves. L'enseignement y comprend encore l'enseignement frœbelien et quelques rudiments de l'enseignement primaire. Les occupations manuelles ont une grande importance dans cette classe, de même les exercices d'observation simple, les promenades, le jeu libre, le chant, etc. Le reste de l'établissement comprend deux sections bien distinctes, la section des classes pour *enfants passifs* et celle des classes pour *enfants autoritaires* et *indisciplinés*.

Dans la première section (passifs), le régime est doux, et la règle éducatrice essentielle est que l'enfant ne peut

pas être puni pour ce que l'on nomme paresse, et qui n'est le plus souvent que de la *passivité psychique*. Ces classes ne comptant qu'un petit nombre d'élèves, l'enseignement est donc individualisé ; il est naturellement concret, etc. Dans la deuxième section, les classes sont plus nombreuses. Le régime y est sévère et strict.

Le régime est uniforme et les enfants sont dirigés, sans que leur initiative (ou leur spontanéité), presque toujours mauvaise, puisse les conduire à l'acte mauvais. Le régime des punitions est sévère.

Sous le rapport pédagogique, les points suivants sont à signaler : 1° Le travail manuel (travail de la terre glaise, le cartonnage), la gymnastique, les excursions, les exercices d'observation pure, le dessin et la musique, sont des branches particulièrement soignées dans *toutes* les classes.

2° La gymnastique est enseignée d'après la méthode anglaise (gymnastique au piano) (1). Les résultats obtenus, au point de vue de l'attention et de la mémoire sont réellement considérables. L'allure physique des enfants est modifiée sérieusement déjà depuis un an que cette gymnastique est enseignée.

3° La question de la fréquentation régulière de l'école fait l'objet d'une surveillance très sérieuse. Les instituteurs et le directeur sont sans cesse en rapport avec les parents et par tous les moyens possibles, ils tâchent d'obtenir la régularité à ce point de vue. L'école est un *externat*; les enfants retournent chez eux à midi. Cette population d'enfants est la plus mauvaise de toutes celles des écoles de la ville. La fréquentation est pourtant relativement bonne. Le travail de *surveillance incessante* donne des résultats remarquables.

4° Les enfants présentant des défauts de la parole ou des

(1) A Bicêtre, les exercices de gymnastique se font soit avec le tambour soit avec la fanfare, soit accompagnés de chants.

allures *psychiques* particulières sont pris individuellement ou par petits groupes et reçoivent ainsi l'enseignement général, et les soins spéciaux exigés par leur état.

5° Le personnel de l'école comprend : Le directeur : M. Lacroix ; — une institutrice ; — dix instituteurs ; — un instituteur suppléant ; — une pianiste ; — une institutrice spéciale, donnant chaque semaine quelques leçons d'observation aux plus petits de nos élèves.

Tous les instituteurs et institutrices sont des personnes diplômées ; ils reçoivent tous, outre leur traitement régulier d'instituteurs et d'institutrices, une somme annuelle de cent francs comme gratification.

Deux fois par an, les instituteurs fournissent un rapport sur chacun des enfants. Ce rapport est joint à leur dossier médico-pédagogique (1).

Quand l'enfant est amené à l'école, le médecin et le directeur décident s'il y a lieu de l'accepter ou non. Si l'enfant, après examen complet, n'est point reçu à l'école spéciale, il est renvoyé à l'école ordinaire de son quartier. Si un enfant, à l'école spéciale, s'est amélioré ou guéri, il est, après examen complet, renvoyé à l'école ordinaire.

Les *deux médecins* attachés à l'école spéciale sont le docteur De Moor, médecin en chef, et le docteur Daniel, médecin adjoint. Tous deux, à des époques différentes, sont venus voir notre service et dans la mesure, restreinte, que comportent nos visites du samedi, ont été mis à même d'avoir une idée générale de notre organisation médico-pédagogique.

### *Résultats.*

Un résultat énorme est celui-ci : les écoles ordinaires n'ayant plus à s'occuper des anormaux, l'enseignement et la discipline y sont plus faciles aujourd'hui. De là bénéfice notable pour les enfants normaux.

---

(1) C'est ce que nous faisons dans notre service de Bicêtre depuis 1879.

Pour les *enfants anormaux*, l'école spéciale est d'une grande utilité. Notre correspondant pense qu'il est inutile de développer ce fait. Les résultats déja obtenus, ajoute-t-il, sont des plus encourageants.

Une inspection sévère est faite le matin. L'enfant qui n'est pas propre est puni et envoyé au *lavabo*. Des *bains-douches* seront installés dans quelques jours et tous les enfants prendront un bain-douche chaque semaine.

L'école compte environ deux cent quarante enfants.

L'école actuelle ne reçoit que les enfants du bas de la ville. Il est probable que des établissements analogues seront créés pour les écoles du haut de la ville, et pour les écoles de filles.

Il est question de la création d'une école analogue à Anvers. — Des renseignements que nous envoient nos correspondants, il ressort qu'on s'occuperait aussi de la question dans les Pays-Bas.

Nous aurions voulu vous apporter de nouveaux renseignements sur les Pays Scandinaves, sur l'Allemagne, complétant ceux que nous vous avons donnés précédemment : ce sera peut-être pour une autre occasion.

Vous retrouverez dans les documents que nous venons de vous indiquer toutes les raisons que nous avons invoquées dans nos rapports, communications et lettres antérieurs pour justifier la *création* de *classes spéciales* pour les *enfants arriérés.*

Vous y trouverez aussi, ce qui est d'une importance capitale, les preuves irrécusables de l'utilité de ces créations et un résumé des services considérables qu'elles rendent. Aussi n'hésitons-nous pas à vous demander de renouveler votre vœu en faveur de la création de ces classes spéciales. *Adopté.*

7 Juin 1898.

BOURNEVILLE.

II.

## Assistance et traitement médico-pédagogique des enfants anormaux.

M. Bruce, membre du *Metropolitan Asylum Board* de Londres, qui fait partie d'une Commission spécialement chargée de l'hospitalisation, de l'instruction, de l'éducation et du traitement des enfants anormaux, soit dans les asiles, soit dans les classes spéciales, nous a demandé quel était, suivant nous, l'âge auquel il convenait de s'occuper de ces enfants et, en particulier, des enfants arriérés.

Nous lui avons répondu qu'on devait le faire le plus tôt possible, dès qu'on avait constaté les signes de l'idiotie ou de l'arriération intellectuelle ; qu'à Bicêtre les enfants étaient reçus à l'âge de deux ans et que, dans maintes circonstances, il y aurait intérêt à les recevoir plus tôt. Plus tôt on commence le traitement médico-pédagogique, plus il y a, en général, de chances d'amélioration : on ne dirige bien un arbuste ou un arbre, on ne dresse bien un cheval que quand ils sont jeunes. Il en est de même pour les enfants anormaux. Beaucoup de médecins ne se rendent pas compte de l'importance de ce principe : lorsqu'ils sont consultés pour un enfant anormal, trop souvent ne sachant que faire, ils disent aux familles : « Attendons, à *sept ans*, il surviendra une amélioration. » Les sept ans arrivent et l'amélioration ne vient pas. Rien d'étonnant puisqu'on n'a rien fait dans ce but. Aux observations des familles, le médecin répond : « Soyons patients, il est probable qu'à *douze ans* nous aurons des modifications avantageuses. » Naturellement, comme aucun traitement n'a

été institué, à 12 ans l'état est le même. On serait porté à croire que leurs sept ans et leurs douze ans répondent à l'âge de raison et à la première communion des enfants, et que leurs réponses sont inspirées des pratiques religieuses. Ces deux âges, en effet, ne correspondent que d'une façon relative à la dentition et à la puberté.

Ce n'est pas seulement pour les *enfants idiots* qu'on doit intervenir de bonne heure, mais aussi pour tous les *enfants anormaux*. En ce qui concerne les *aveugles*, voici comment s'exprime Dufau : « C'est lorsqu'il est enfant que l'aveugle doit surtout fixer l'attention de l'observateur. Que dis-je ? c'est au berceau même qu'il faudrait le prendre pour suivre pas à pas cette pauvre petite créature humaine, au travers de ses premières sensations, épier ses premiers jugements sur les objets qu'elle touche sans les voir, tandis que nous les voyons sans les toucher, reconnaître enfin comment se forme son intelligence, privée qu'elle est de cette source d'idées que nous possédons dans le sens de la vue (1). »

Aussi, nous appuyant sur ces considérations et sur une pratique déjà ancienne, puisqu'elle date de 20 ans, tant à Bicêtre qu'à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine, n'hésitons-nous pas à conseiller le placement des enfants arriérés aussitôt que possible, convaincu que le traitement médico-pédagogique sera à la fois plus facile et plus fructueux.

BOURNEVILLE.

(1) Dufau (P.-A.). — *Des Aveugles*, etc. Paris, 1860, p. XVIII.

III.

## Criminalité des enfants et des adolescents Statistique.

Nous empruntons au *Temps* du 15 février les renseignements suivants relatifs aux arrestations d'enfants et d'adolescents pour délits et crimes. Il s'agit là d'une question médico-sociale dont l'importance n'échappera pas à nos lecteurs.

« Abordons maintenant la partie la plus intéressante de cette statistique : les délits et les crimes commis par les enfants, ou, si l'on préfère le mot, par les jeunes gens. On sait que le Code pénal a fixé à seize ans l'âge au-dessus duquel les peines sont encourues en leur entier. Au-dessous de seize ans se pose la question de discernement. Si le tribunal décide que le mineur de seize ans a agi sans discernement, il l'acquitte et le rend, suivant les circonstances, à sa famille ou l'envoie dans une maison de correction. Si, au contraire, le tribunal apprécie que le jeune délinquant a agi avec discernement, il le frappe de peines correctionnelles atténuées (article 67 du Code pénal).

« Si nous jetons les yeux sur ces statistiques, nous trouvons, en 1898, que 440 enfants, âgés de moins de seize ans, ont été arrêtés et écroués au Dépôt sous inculpation de vol, 549 sous inculpation de vagabondage, 119 pour mendicité, 13 pour meurtre, chiffre énorme, et 1 pour assassinat. En 1897, les chiffres étaient à peu près les mêmes : 426 pour vol, 511 pour vagabondage, 110 pour mendicité. Déjà, à l'âge le plus tendre, les instincts immoraux ou brutaux se manifestent. En 1898, 6 enfants de moins de seize ans ont été arrêtés pour outrages publics à la pudeur et 15 pour coups et blessures portés à des camarades. En 1897, 10 outrages à la pudeur et 23 inculpations de coups et blessures avaient amené leurs auteurs au Dépôt.

« De seize à vingt ans, le nombre de ces jeunes délin-

quants quadruple. En 1898, la statistique nous donne le chiffre effrayant de 2.664 jeunes gens, de seize à vingt ans, arrêtés et écroués pour vol, de 2.506 arrêtés et écroués pour vagabondage, de 627 pour mendicité, de 64 pour outrages à la pudeur. Enfin, et ceci est véritablement lamentable : 372 jeunes gens dudit âge sont arrêtés pour coups et blessures et 10 pour assassinats ou tentatives d'assassinat ! Et cette situation se prolonge depuis plusieurs années, sans aucune amélioration, car, en 1897, il y avait eu 12 jeunes gens poursuivis pour assassinats ou tentatives, 429 pour coups et blessures, 344 pour mendicité, 2.709 pour vagabondage et 2.261 pour vol.

« La moralité chez la jeunesse présente donc une situation tristement stationnaire, et, pour certains délits, elle va se dépravant de plus en plus. Nous aurions trop à dire si nous devions rechercher et exposer les motifs de cette déplorable constatation.

« C'est de seize à vingt ans que le crime et le délit battent leur plein. Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur le tableau dressé par le service de la Sûreté, on voit que, de seize à vingt ans, le nombre total des crimes et délits commis a amené l'arrestation et l'envoi au Dépôt de 7.870 jeunes gens des deux sexes (dont 7.140 garçons et 730 filles). Seize à vingt ans ! Des enfants ! »

Cette statisque est lamentable et devrait inciter vivement le Gouvernement et les Administrations municipales des grandes villes à prendre, coûte que coûte, les mesures nécessaires pour enrayer le mal. Une bonne part de ce mal provient des familles, de l'hérédité d'abord, des habitudes alcooliques ensuite, et aussi de l'indifférence des familles qui ne surveillent pas leurs enfants, les laissent vagabonder à la sortie de l'école, d'où des fréquentations dangereuses qui aboutissent à des délits ou à des actes criminels. Mais, comme beaucoup de parents, ouvriers, retenus par leur travail, sont absents de leur domicile, il faudrait organiser dans toutes les écoles des garderies jusqu'à une heure à déterminer et ne rendre les enfants des écoles primaires que comme on rend les enfants des crèches. Il serait facile d'intéresser les enfants,

sans grande fatigue pour eux et pour les maitres, en organisant des jeux, en leur faisant faire des exercices de gymnastique, en leur donnant des leçons de choses, en les promenant, printemps et été, dans les *jardins* qui devraient être organisés *tous*, en vue des *leçons de choses.* Dans ce but, fleurs, arbustes et arbres, devraient tous avoir une étiquette donnant le nom, la carte sommaire du pays d'origine, les usages principaux, etc., ainsi que cela existe dans certains jardins ou squares publics (Nantes, Amiens, etc.). Cette première mesure permettrait de diminuer le nombre des enfants errants, et par conséquent, des enfants dits criminels.

La *mendicité* peut être enrayée et même supprimée par l'action constante, sans brutalité, de la police et surtout par une organisation vraiment républicaine de l'Assistance publique. Malheureusement, nous sommes loin du but. Il n'y a guère de municipalité qui ne soit aise de se débarrasser de ses pauvres et de ses infirmes sur ce qu'on appelle la « charité publique ». On n'a pas encore une idée exacte des devoirs qui, à cet égard, incombent aux communes. Il y aurait économie pourtant à assister les malheureux, au moment opportun, au lieu de faire plus tard des dépenses improductives dans les maisons de correction, les dépôts de mendicité ou les prisons.

« Les jeunes *délinquants* deviennent de plus en plus nombreux ». Si on les étudiait avec soin, on verrait que beaucoup, en raison de leurs antécédents héréditaires ou personnels, des habitudes d'intempérance des parents, de l'abus ou de l'usage prématuré que les enfants eux-mêmes font de l'alcool et du tabac, ainsi que du milieu familial, sont non pas des criminels mais des *malades*. Et pour tous ceux-là, il y a un remède : c'est l'envoi dans des asiles pour les enfants, arriérés dans leurs facultés intellectuelles ou atteints d'imbécillité

morale, qui devraient exister dans tous les départements. Il ne s'agit pas de « correction de l'enfance coupable » comme l'écrit l'auteur de l'article du *Temps*, mais d'éducation spéciale, complétée par un traitement physique, médical et moral. *L'école*, le redressement moral et non la *correction*.

B.

---

# DEUXIÈME PARTIE

—

## Clinique, thérapeutique, anatomie pathologique.

I.

## Chorée; bromure de camphre; guérison rapide;

Par **BOURNEVILLE** et **KATZ**.

Le *bromure de camphre* a été employé avec succès par divers auteurs dans le traitement de la chorée ordinaire (1). Personnellement, dans plusieurs cas, nous n'avons eu qu'à nous louer de son administration, suivie rapidement d'une guérison complète (2). Le cas suivant n'est pas moins démonstratif, que les précédents.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand-père paternel mort d'ataxie à Bicêtre. — Arrière grand'mère morte de paralysie. — Cousine germaine, convulsions dans l'enfance. — Mère, rhumatisme articulaire aigu à 18 ans; fièvre typhoïde à 22 ans, postérieure à la naissance de la malade. — Névralgies hémicrâniennes par accès.*

*Consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans.*

*Conception, grossesse, accouchement, rien de notable. — Pas d'asphyxie à la naissance. — Première dent à 8 mois. — Début de la parole et de la marche à 18 mois. — Propre à 16 mois. — Varicelle à 18 mois. — Rougeole à 2 ans. Accès de colère persistants après la rougeole.*

*Début de la* CHORÉE *le 19 février 1898. — Envahissement du*

(1) Voir entre autres, dans la thèse du Dr L. Pathault (*Du bromure de camphre et de ses usages thérapeutiques*, 4e édition, Paris 1895), les observations de Lorain, Desnos, Gallard, des Brunais, Petrovitz et une observation de l'un de nous dans le *Progrès médical* de 1874, n° 43.

(2) *Compte-rendu* du service de Bicêtre, 1885, p. 49 (avec 4 fig. d'écriture). Voir aussi le *Compte-rendu* de 1895, p. 218.

*côté droit, puis du côté gauche. Traitement par le bromure de camphre ; bains. — Amélioration progressive et rapide ; guérison.*

Her. (Eugénie), née le 29 janvier 1885, à Paris, est entrée le 6 mars 1898 à la Fondation Vallée (service de M. BOURNEVILLE).

**Antécédents héréditaires** (*Renseignements fournis par le père et la mère*). — PÈRE, 37 ans, polisseur, d'une bonne constitution et parfaitement bien portant ; colèreux ; coqueluche étant enfant ; puis légères bronchites jusqu'à l'âge de 8 ans ; fièvre de croissance à 13 ans ; pas de syphilis, pas d'éthylisme. — [*Père* mort à 50 ans, après un séjour à l'hospice de Bicêtre : d'après les renseignements fournis, il s'agit probablement d'*ataxie locomotrice*. — *Mère* en bonne santé. — *Grand-père paternel* mort à 65 ans, on ne sait de quoi. — *Grand'mère paternelle* morte à 71 ans, après avoir été clouée au lit, pendant deux ans, de *paralysie progressive*. — *Grand-père maternel* mort d'ennui d'avoir perdu sa femme. — *Grand'mère maternelle*, morte à 65 ans, on ne sait de quelle maladie. — 8 *grand-oncles paternels* et 6 *grand'tantes paternelles*, pas de renseignements circonstanciés. — Une *grand'-tante maternelle* morte à 60 ans. — Une *tante paternelle*, en bonne santé, a un enfant qui a eu des *convulsions* en nourrice. — Dans le reste de la famille aucun antécédent névro ou psychopathique, ni choréiques, ni rhumatisants, etc.].

MÈRE, 33 ans, sobre ; rougeole à 2 ans ; bronchites fréquentes dans l'enfance ; réglée à 15 ans ; menstruation toujours régulière et indolente ; *rhumatisme* articulaire aigu à 18 ans, sans retentissement sur le cœur. Mariée à 19 ans. Fièvre typhoïde, peu grave, à 22 ans, après la naissance de notre malade. *Douleurs névralgiques* occupant la moitié droite de la tête, ayant débuté un peu avant la dothiénentérie, revenant avec une grande régularité, tous les 15 jours, et persistant pendant les grossesses. Aucune maladie de la peau ; pas de syphilis. — [*Père*, 55 ans, cultivateur, en bonne santé, ainsi que sa *mère*. — *Grand-père paternel* mort par accident (fracture des jambes avec complication infectieuse). — *Grand'mère paternelle* morte à 85 ans. — *Grand-père maternel* mort à 75 ans. — *Grand'mère maternelle*, 80 ans, rien à noter. — Un *frère* et deux *sœurs* n'ont pas eu de convulsions ni de chorée. — Aucun antécédent morbide dans

le reste de la famille de la mère et, entre autres, aucun cas de chorée].

*Consanguinité* (cousins germains). — *Inégalité d'âge* de 4 ans (père plus âgé).

Deux *enfants* : 1° notre malade ; 2° garcon de 6 ans 1/2, bien portant.

**Notre malade.** — Rien de particulier à la *conception* qui a eu lieu 15 jours après le mariage. — *Grossesse* normale jusqu'au troisième mois, époque où son mari la conduisit à la morgue. Pendant les 15 jours suivants, elle ne songeait qu'aux cadavres, se réveillant souvent en peur : « j'étais alors très impressionnable », dit-elle. Pas d'autre émotion, ni syncopes, ni traumatisme, ni alcool, etc. — *Accouchement* à terme, naturel, rapide. — Pas d'asphyxie à la *naissance*; pas de circulaire, ni de torsion du cordon, — Élevée au biberon (lait de vache), jusqu'au quinzième mois. Première dent à 8 mois ; — début de la parole et de la marche à 18 mois. Propre à 16 mois. — Varicelle à 2 ans. — Rougeole à 2 ans et demi. Ni chute, ni vers, ni onanisme.

L'enfant, depuis l'âge de deux ans, a toujours été très nerveuse et se mettait en colère pour un rien ; elle se roulait parfois par terre : « c'était aussi vite passé que c'était venu ». Bon caractère, ni taquine, ni méchante ; affectueuse envers ses parents. Elle apprenait bien à l'école ; sa maîtresse estimait qu'elle pouvait avoir son certificat d'études cette année.

Dans les premières semaines de février (1898), l'enfant était devenue plus coléreuse. Deux ou trois fois depuis le 1er février, elle s'était levée la nuit pour venir coucher avec sa mère, disant qu'elle avait peur. Elle ne se plaignait pas de la tête. Le 17 février, l'enfant étant très désagréable, irritable et irrespectueuse, les parents la privent d'aller avec eux à une fête; cette punition l'affligea tellement qu'elle tomba dans une « *colère bleue* ». — Deux jours après apparaissaient les mouvements choréiques.

Le 19 *février*, dans la soirée, les parents remarquèrent que la main droite de l'enfant était agitée, allant dans tous les sens. Elle a mangé seule pourtant, mais peu, n'étant pas en train. Rien dans la nuit du 19 au 20. — Le 20, à l'école, sa maîtresse a constaté qu'elle était plus distraite et qu'elle remuait davantage. Elle la met alors seule dans une classe à part. La mère va la chercher à la sortie et remarque que *tout le côté droit*, sauf la face, est pris d'agitation. — L'enfant laisse tomber son carton plusieurs fois ; le soir elle ne pouvait plus rester assise. Sa mère fut obligée de la faire manger.

Le 22 *février*, le côté gauche est envahi à son tour; de plus,

Une ménagère active.
Elle allait et venait tout le jour, de la cour
au jardin, du puits au bûcher, de la ca-
ve au grenier, de la cuisine à la salle,

**Fig. 1. — Ecriture de la malade en octobre 1887, c'est-à-dire quatre mois avant le début de la chorée qui a eu lieu en février 1898. — Ce spécimen est à comparer avec ceux qui ont été pris pendant la maladie (fig. 2, 3, 4 et 5) et avec celui du 31 mai, obtenu après guérison.**

la parole devient inintelligible, H.... se mord la langue, est incapable de s'aider en quoi que ce soit et, à partir de cette

époque, l'agitation choréique est allée en augmentant jusqu'à son entrée dans notre service (6 *mars*).

7 *mars*. — Impossibilité de prendre sa température, tellement H... est agitée ; préhension impossible ; écriture méconnaissable (*fig.* 1 et 2) ; on est forcé de la nourrir et de la maintenir au lit car elle est incapable de se tenir debout ou sur une chaise. Insomnie absolue.

9 *mars*. — L'enfant est toujours aussi agitée. Dans ses mouvements désordonnés, elle se cogne de tous côtés et se fait

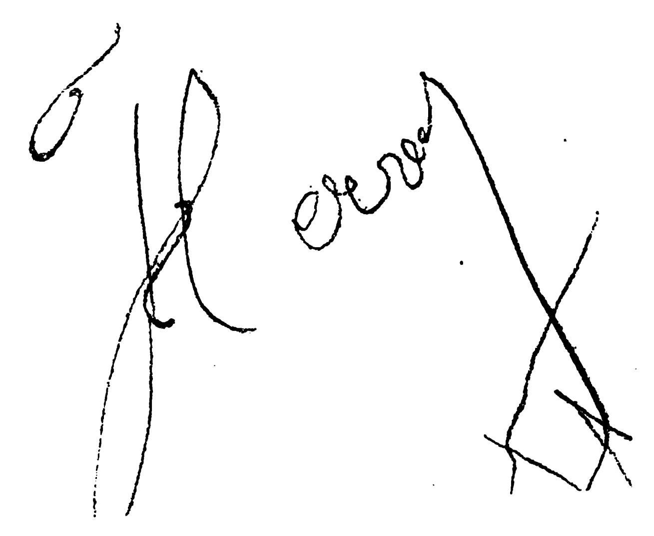


*Fig.* 2. — **Ecriture du 9 mars.**

des contusions bien que son lit soit garni. Elle a les mains toutes meurtries. On a beaucoup de difficulté à la faire manger ; il faut saisir le moment où elle ouvre la bouche pour y projeter les aliments.

**État actuel** (10 *mars* 1898). — Ce qui frappe tout de suite à la vue de la malade, c'est la succession rapide des *mouvements involontaires* que nous allons décrire.

A la face, la partie la plus atteinte est la région inférieure et spécialement l'orbiculaire des lèvres, projeté en avant : la malade fait la *moue*. — Il est possible même de saisir au fond de la gorge, les mouvements de projection de son pharynx, de son voile palatin et de ses amygdales, aussi la *déglutition*

est-elle notoirement troublée. — La *parole* est difficile; la malade *nasonne* et articule difficilement les syllabes.

Les muscles frontaux, sourcilliers, sont atteints également de contractions involontaires ; aussi la face, de par les contractions rapides des muscles, change-t-elle, à chaque instant, d'expression : la tristesse, l'hébétude, la gaieté, etc., s'y dessinent tour à tour. — L'*élévateur* de la paupière supérieure est le siège de convulsions qui se suivent à des intervalles très rapprochés; impossibilité, pour la malade, de fermer les yeux pendant plus de 5 à 6 secondes. — Les *globes oculaires* ne prennent aucune part aux contractions et tous leurs mouvements volontaires sont conservés; pas de nystagmus ni de strabisme. — La pupille réagit à la lumière, mais ne réagit que très peu à la convergence.

*Membres supérieurs.* — D'une manière générale, les membres supérieurs sont beaucoup plus pris que les membres inférieurs et les mouvements sont plus convulsifs à droite qu'à gauche.Chaque contraction suit un cycle régulier, en ce sens que les parties distales se mettent d'abord à s'agiter et l'ébranlement, parti de là, gagne successivement le poignet, le coude, l'épaule.

C'est au *pouce* que prédomine l'intensité des convulsions. L'abduction, l'adduction, sont les mouvements les plus accusés; le médius reste presque tranquille, alors que le pouce et l'auriculaire se précipitent et se crispent contre le médius.

L'*avant-bras* exécute des mouvements énergiques de supination et de pronation. — Les mouvements de l'*épaule* sont très accentués; la tête humérale butte à chaque instant contre la voûte acromio-coracoïdienne. La *préhension* est très difficile.

L'*écriture* est presque impossible *(Fig.* 3) et se fait selon un type tout-à-fait particulier. La malade, plume en main, essaie vainement d'atteindre le papier; la main plane dans l'air, fait une série de mouvements désordonnés, loin du but qu'elle veut atteindre, puis elle tombe brusquement — véritable manœuvre athétosique — sur le papier et trace d'un seul trait quelques lettres pour perdre tout aussitôt le contact du papier et recommencer les mouvements désordonnés.

*Membres inférieurs.* — De même qu'aux membres inférieurs les convulsions dominent surtout au niveau des extrémités, du gros orteil en particulier. Les orteils s'étendent, le pied se tord en varus équin. Les mouvements sont moins prononcés au niveau de la cuisse. Néammoins la station est difficile, la marche absolument impossible.

Le *diaphragme* n'est pas épargné et ses contractions sont cause d'une dyspnée permanente et assez prononcée.

Le *bassin* exécute continuellement des mouvements de propulsion (mouvements cyniques). Ces contractions continues ne donnent à la malade aucun répit; le sommeil est impossible. Cette insomnie, jointe à la fréquence et à l'intensité des mouvements, expliquent la fatigue extrême et l'amaigrissement prononcé qu'a subi notre malade depuis le commencement de la maladie. Des contusions nombreuses sont la conséquence de ses mouvements désordonnés. Parmi ces contusions, signalons celle qui existe au niveau de la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt droit, avec plaie et lymphangite tronculaire, et qui est particulièrement douloureuse.

Rien au *cœur*; la pointe bat dans le cinquième espace au-dessous et en dedans du mamelon. Pas de reptation précordiale; matité normale; bruit systolique presque clangoreux; aucun souffle.

L'examen des autres organes (poumon, foie, rate, tube digestif) est négatif. — Les articulations sont indemnes. Pas d'albumine. — Aucun trouble de la sensibilité cutanée si ce n'est un peu d'hyperesthésie au niveau des membres supérieurs (?). — Pas de paralysie ni d'atrophie musculaire. En raison de sa chorée, l'enfant est incapable de s'habiller, de se laver, de manger, de boire, etc.

*Intelligence* très bien développée, aucune anomalie cranienne ; pas de stigmates de dégénérescence.

*Tête* un peu dolichocéphale ; bosses frontales symétriques. — *Face* allongée ; *yeux* naturels, sans aucune lésion. — *Nez droit* ; narines larges ; *odorat* normal. — Lèves pâles, anémiées. — Voûte palatine régulière. Hypertrophie des amygdales ; néammoins la respiration est nasale. — Dentition bonne ; pas d'anomalie de forme, d'implantation, de volume ; aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise. *Oreilles* peu détachées du crâne ; hélix bien ourlé ; pas de tubercule de Darwin.

*Glande thyroïde* appréciable mais non hypertrophiée.

*Organes génitaux* et *puberté*. — *Mamelles* symétriques, 8 centimètres de hauteur sur 8 centimètres de largeur des deux côtés ; aréole, mamelon rosés. — Aisselle, pénil glabres. — Grandes et petites lèvres peu développées ; pas de vulvite ; hymen falciforme ; orifice hyménéal central. Pas d'onanisme.

*Diagnostic* : CHORÉE VULGAIRE.

*Traitement* : L'enfant est maintenue au lit pour éviter les contusions. — Huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer ; gymnastique des échelles. Bains alcalins tous les 3 jours ;

*Fig.* 3 — Ecriture du 15 mars.

capsules de *bromure de camphre* (Dr Clin), à partir du 9

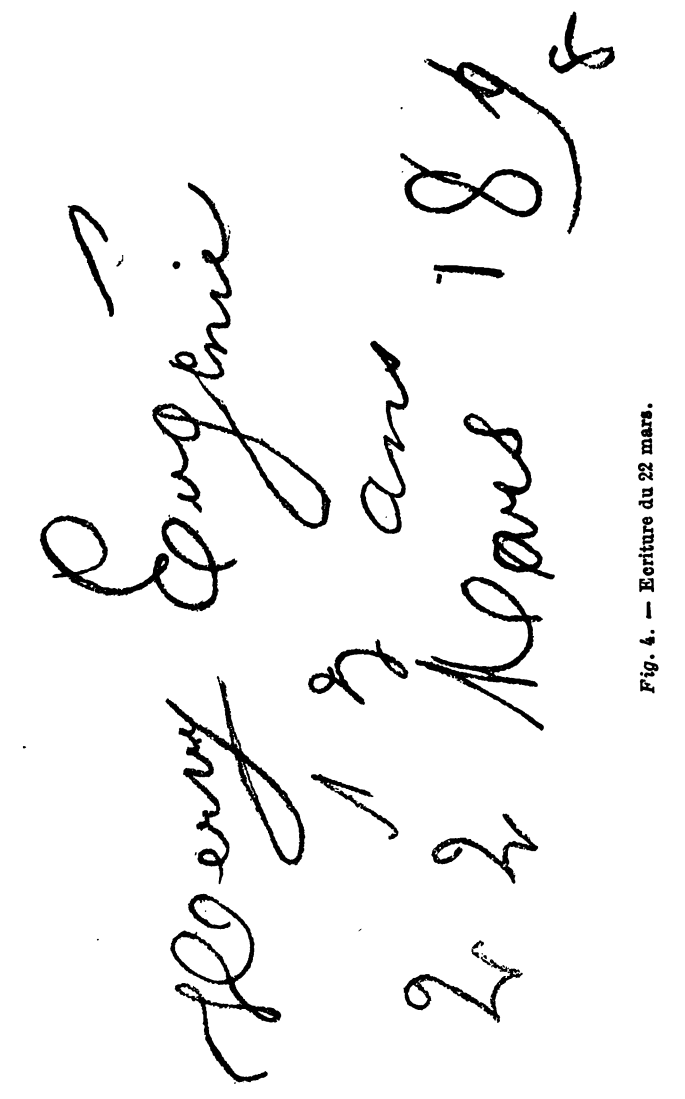


*Fig. 4.* — **Ecriture du 22 mars.**

*mars,* chaque jour, de la façon suivante :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 mars | ................ | 2 capsules. | |
| 10-12 — | ................ | 3 | — |
| 13-14 — | ................ | 4 | — |
| 15-16 — | ................ | 5 | — |
| 17-18 — | ................ | 6 | — |
| 19-20 — | ................ | 7 | — |
| 21-22 — | ................ | 8 | — |

15 *mars*. — H.... descend pour la première fois du lit, se tient quelque peu debout, mais la marche est impossible : dès qu'elle essaie de marcher, elle titube et tomberait si on ne la soutenait pas. — Légère amélioration dans l'écriture (*fig.* 4). La malade commence à manger, ne se mord plus la

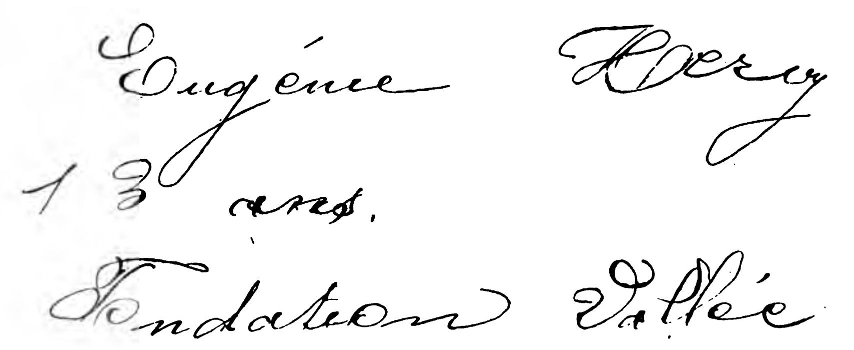


*Fig.* 5. — Ecriture du 28 mars.

langue, comme elle le faisait chez elle et dans les premiers jours de l'admission.

20 *mars*. — Elle fait aujourd'hui les premjers pas; elle mange seule ; l'écriture est meilleure. Les convulsions ne surviennent qu'à des intervalles de 15 à 20 minutes, sont peu prononcées et n'empêchent plus la malade de dormir.

22 *mars*. — L'amélioration progresse ; la malade descend seule l'escalier de l'infirmerie, marche en s'aidant du bras d'une infirmière, qu'elle lâche de temps en temps d'une façon spasmodique. H... dit éprouver moins de fatigue ; la parole devient de plus en plus facile ; l'écriture est lisible, mais avec des lettres assez grosses (*fig.* 5). — Le traitement est ainsi modifié : huile de foie de morue, sirop de fer ; purgatif ; bains.

| | |
|---|---|
| 22-23 mars................. | 9 capsules. |
| 24-25 — ................. | 8 — |
| 26-27 — ................. | 7 — |
| 28-29 — ................. | 6 — |
| 30-31 — ................. | 5 — |
| 1-2 avril................. | 4 — |
| 3-4 — ................. | 3 — |
| 5-6 — ................. | 2 — |

28 *mars*. — Amélioration très notable. Les mouvements choréiques sont moins fréquents. Les jambes sont presque

Mardi 31 Mai 1898
Eugénie Henry
13 ans 1/2

*Fig*. 6. — Ecriture du 31 mai.

tout à fait tranquilles, la marche est meilleure, plus ferme. Les oscillations de la tête sont plus rares, ainsi que les grimaces de la face. H.. boit seule, sans renverser son verre. Elle cause sans trop de difficulté. Le sommeil est bon. (*Fig*. 5).

5 *avril*. — Les mouvements involontaires ont tout-à-fait disparu du côté *droit* (notons que c'est ce côté qui a été pris en premier lieu) ; du côté gauche quelques mouvements persistent encore, mais se montrent seulement à des intervalles de 15 à 20 minutes. H... cherche à se rendre utile, aide à porter la vaisselle et s'y prend assez adroitement. Elle suit les exercices de classe depuis deux jours. La constipation a cessé. L'embonpoint reparait.

19 *avril*. — La malade est presque entièrement remise. Elle

joue aux osselets, fait des travaux demandant beaucoup d'adresse. Les contractions ne s'observent que ça et là, à l'occasion d'une contrariété ou d'une émotion. H... est devenue plus gaie. — On prescrit des *douches* et la *gymnastique* des mouvements.

27 *avril*. — La chorée a complètement disparu. H.. prend part à tous les exercices et à tous les jeux de ses camarades. Toutefois on a remarqué que, à la suite d'une contrariété, d'une réprimande, d'une joie, sa physionomie se contracte, que la parole est saccadée, et qu'elle a des mouvements nerveux mais sans trouble choréiforme. L'état général est de plus en plus satisfaisant.

30 *juin*. — La guérison parait complète. H... est très active à l'école, au ménage et au jeu.

Réflexions. — I. Il s'agit, ici d'un cas type de *chorée vulgaire* ou *chorée de Sydenham*. Dans les antécédents héréditaires, nous avons à relever des accidents nerveux du côté paternel (ataxie locomotrice, paralysie progressive, convulsions) et du côté maternel des névralgies chez la mère. Au point de vue de l'arthritisme l'enfant n'a rien présenté, mais sa mère a eu, à 18 ans, une attaque de *rhumatisme articulaire aigu*. En résumé, association du nervosisme et du rhumatisme, celui-ci plus circonscrit. Pas d'hérédité similaire; pas d'affection cardiaque.

II. La mère, nerveuse, a eu des préoccupations de nature triste du troisième mois à la fin de la grossesse. L'enfant, surtout à partir de deux ans, a été sujette à des crises de colère, indices d'un tempérament nerveux. Sans cause connue, elle est devenue plus impressionnable dans les deux premières semaines de février. Le 17 de ce mois, contrariété vive et deux jours après, début des *mouvements choréiques* par la main droite. Le 20 tout le côté droit est pris, et le 22 la chorée envahit le côté gauche.

Nous n'avons pas à insister sur les caractères qu'a présentées la maladie: ils ont été tout à fait classi-

ques et les gesticulations ont revêtu une intensité extrêmement prononcée. Notons seulement que l'amélioration a commencé par le côté droit, le premier envahi.

III. Nous avons essayé de faire traduire le désordre des mouvements en faisant écrire chaque jour la malade. Les spécimens de son *écriture*, que nous avons reproduits, sont intéressants, d'autant plus que nous avons pu les comparer à son écriture à l'état normal, laquelle est très correcte. Cette comparaison met mieux en relief l'action de la chorée. On voit aussi, par l'écriture même, les effets du traitement. Le dernier spécimen *(Fig. 6)* se rapproche beaucoup de l'écriture antérieure à la chorée. *(Fig. 1.)*

IV. Sous l'influence de la maladie, en peu de temps, H.. a notablement maigri. Elle a repris de l'embonpoint assez promptement, à mesure que diminuait l'agitation choréique, qui n'a permis de prendre son poids et sa taille que le 10 mars, cinq jours après son entrée. Voici les modifications survenues depuis lors jusqu'au 30 juin :

| | *Poids.* | *Taille.* |
|---|---|---|
| 10 mars ................. | 29 kil. | 1m 38 |
| 23 — ................. | 29 kil. 500 | 1m 38 |
| 30 — ................. | 30 kil. | 1m 38 |
| 7 avril ................. | 31 kil. | 1m 38 |
| 7 mai ................. | 31 kil. 800 | 1m 39 |
| 7 juin ................. | 32 kil. 500 | 1m 40 |
| 30 — ................. | 33 kil. | 1m 40 |

V. La *température* rectale, prise du 10 au 29 mars, est restée plutôt au-dessous de la normale ainsi que cela ressort des notations ci-après :

| | T. R. | | | T. R. | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Dates.** | **Matin.** | **Soir.** | **Dates.** | **Matin.** | **Soir.** |
| 10 mars....... | 37°,2 | 37°,5 | 12 mars....... | 37°,0 | 37°,6 |
| 11 — ....... | 36°,8 | 37°,2 | 13 — ....... | 36°,8 | 37°,0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 14 mars....... | 36°,6 | 37°,4 | 22 mars....... | 36°,6 | 37°,4 |
| 15 — ....... | 37°,1 | 37°,4 | 23 — ....... | 37°,0 | 37°,2 |
| 16 — ....... | 36°,6 | 37°,2 | 24 — ....... | 37°,0 | 37°,6 |
| 17 — ....... | 37°,0 | 37°,0 | 25 — ....... | 37°,3 | 37°,4 |
| 18 — ....... | 37°,2 | 37°,6 | 29 — ....... | 36°,9 | 37°,0 |
| 19 — ....... | 37°,0 | 37°,2 | 27 — ....... | 36°,8 | 37°,4 |
| 20 — ....... | 36°,8 | 37°,2 | 28 — ....... | 37°,2 | 37°.5 |
| 21 — ....... | 37°,4 | 37°,2 | 29 — ....... | 36°,2 | |

Afin de nous rendre compte de l'action de la chorée sur la température, nous avons repris sa température depuis qu'elle est guérie.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 29 juin........ | 37°,1 | 37°,3 | 2 juillet....... | 36°,9 | 37°,1 |
| 30 juin ....... | 37° | 37°,2 | 3 juillet....... | 37°,2 | 37°,4 |
| 1er juillet..... | 37°,3 | 37°,5 | | | |

Tandis que les premiers jours de l'entrée ; la température était le plus souvent *au-dessous* de 37°, depuis la guérison elle a toujours été *au-dessus* de 37°.

VI. Le point capital de cette observation et ce qui nous a décidés à la publier, c'est la rapide guérison de la chorée, plus rapide que nous ne l'avons jamais vue, par le *bromure de camphre*. Nous l'avons administré en *capsules*, à doses croissantes, à courts intervalles. Nous y avons ajouté des bains, et dès que la malade a pu marcher, la gymnastique des échelles; enfin, quand l'amélioration était déjà très nette, la gymnastique des mouvements et l'hydrothérapie. Depuis plus de deux mois (10 juillet), la guérison s'est maintenue, H.. prend part à tous les exercices scolaires physiques, aide aux soins du ménage, travaille à l'ouvroir. Nous l'avons conservée à la Fondation afin d'atténuer sa nervosité antérieure par l'hydrothérapie et affermir la guérison de sa chorée.

---

II.

# Idiotie hydrocéphalique ;

Par BOURNEVILLE et J. NOIR.

SOMMAIRE. — *Antécédents héréditaires. Grand'mère paternelle cancéreuse. Mère migraineuse. Frère scrofuleux. — Autre frère mort-né ; accouchement avant terme.*
*Antécédents personnels : Vomissements, contrariétés durant la grossesse. — A la naissance enfant mignonne. Allaitement au sein puis au biberon. Première dent à 8 mois. — Dentition complète à 2 ans 1/2. Parole : quelques mots à 2 ans, très passagèrement. — Convulsions à un mois, troubles digestifs. — Gâtisme. Rougeole. — Coqueluche. — Gourme. — Vaccine.*
*Etat actuel. — Contractures des membres inférieurs. — Hydrocéphalie. Puberté. — Eczéma. — Teigne tondante. Coqueluche, tuberculose pulmonaire et péritonite tuberculeuse. — Mort.*
*Autopsie. — Description du cerveau.*

Le G... (Alice), née le 16 avril 1889, est entrée le 13 juin 1892 à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) où elle est décédée le 30 mars 1897.

**Antécédents.** — (*Renseignements fournis par sa mère* le 16 juillet 1892). — PÈRE, 32 ans, jadis cultivateur, depuis 15 ans, homme de peine dans une fabrique de tôle, ne présente pas d'antécédents héréditaires, semble assez sobre, fume peu. Il est d'un caractère un peu emporté. — [*Famille du père.* — *Père*, 66 ans, cultivateur très sobre, bien portant, d'un caractère analogue à celui de son fils. — *Mère*, morte vers 60 ans, peut-être d'un *cancer abdominal,* pas nerveuse. — *Grands-parents* morts âgés. — Il n'y aurait absolument aucun anté-

cédent psychopathique, ni diathésique bien constaté dans le reste de la famille du père.]

MÈRE, 30 ans environ, toujours bien portante, originaire de Bretagne, d'une intelligence médiocre, s'exprimant mal. Elle s'est mariée à 23 ans. — *Migraines* assez fréquentes. — [*Famille de la mère :* Aucune tare ne saurait y être signalée.]

*Trois enfants* (1) : 1° *Garçon*, mort à 7 ans, cachectique « avec une glande suppurée au cou. » Cet enfant n'aurait eu aucun accident nerveux et pas de convulsions ; — 2° *garçon* mort né, venu à 8 mois.

3° NOTRE MALADE. Rien de particulier lors de la *conception*. — Durant la *grossesse*, la mère fut pendant trois mois sujette a des vomissements fréquents. Vers le quatrième et cinquième mois, elle se plaint d'avoir eu de très vives contrariétés dont il est impossible de lui faire avouer la cause. A part cela, grossesse normale et sans accidents. — *Accouchement* normal, à terme, après une heure de travail. — A la *naissance*, enfant mignonne, sans asphyxie, ni circulaires. — Elle fut *nourrie au sein* durant cinq semaines puis au biberon avec du lait de vache jusqu'à 2 ans. — *Dentition* précoce, 4 dents à 8 mois, toutes les dents à 2 ans et demi. Elle aurait à l'âge de deux ans appris à dire « papa » « maman », mais ne parle pas depuis plus d'un an.

Dès l'âge de quatre mois, l'enfant fut prise de *convulsions*. Elle se raidissait, portait les mains en arrière et tenait ses yeux en haut. Les convulsions auraient été assez fréquentes et survenaient aussi bien le jour que la nuit à l'occasion de la moindre contrariété. On s'était déjà aperçu dès la cinquième semaine que l'enfant ne pouvait mouvoir également bien les membres droits et gauche et dans la suite, il fut impossible non seulement de lui apprendre à marcher mais de la faire tenir debout. — Les fonctions digestives s'accomplissent anormalement jusqu'à ce jour : L... mâche assez bien, baverait peu, mais elle rumine, vomit souvent, est constipée en temps normal et est gâteuse complète. — Son intelligence est des plus rudimentaires, elle ne reconnaît même pas la voix de sa mère. Comme antécédents morbides, signalons une rougeole bénigne à 5 mois, une coqueluche de 4 à 7 mois, un peu de gourme. Elle a été vaccinée à deux ans.

**Etat actuel** (15 *juin* 1892). — Enfant pâle et chétive. — *Phy-*

(1) Signalons en outre une *demi-sœur*, née d'un premier mariage du père, intelligente et bien portante.

*sionomie* parfois souriante. — *Cheveux* châtain foncé, implantés régulièrement

*Crâne* volumineux allongé, ayant l'aspect du crâne d'enfants nouveau-nés après un accouchement par le sommet. Légère asymétrie. La bosse occipitale ne fait pas saillie, les bosses frontales sont marquées, la bosse pariétale est un peu plus saillante à droite qu'à gauche. Un examen minutieux permet de constater la *persistance de la fontanelle antérieure* ayant un centimètre de longueur antéro-postérieure et transversalement, un centimètre et demi.

*Face* presque carrée ; arcades sourcillières non saillantes. *Paupières* mobiles et tombantes. Fentes palpébrales grandes. *Sourcils* abondants, châtain foncé, se réunissant sur la ligne médiane. *Cils* longs, noirs et bien implantés. Pas de blépharite ciliaire. *Yeux* sans exorbitisme. Strabisme *interne* léger de l'œil gauche. *Nystagmus* peu accentué. Iris châtain foncé. Les pupilles égales paraissent réagir normalement. Vision : ?

*Nez* un peu camus assez bien conformé extérieurement. Pas de déviation de la cloison. L'enfant respire normalement par le nez. Odorat : ?. Pommettes non saillantes, symétriques.

*Bouche* : 4 centimètres de dimension. Lèvres assez minces. L'enfant ne bave pas. Voûte palatine aplatie, pas de déviation, ni d'anomalie du voile du palais. *Langue* normale et mobile. *Amygdales* moyennes. Réflexe pharyngien normal. L'enfant prononce quelques mots. — *Goût* assez rudimentaire. — *Dentition* de lait complète. Implantation irrégulière en avant. Prognathisme marqué, les incisives inférieures dépassent les supérieures, la mâchoire étant normalement formée. Grincements de dents fréquents. — *Oreilles* petites, minces, légèrement écartées du *crâne*, bien ourlées, lobule petit mais non adhérent. *L'audition* parait s'effectuer assez normalement.

*Cou* court. Circonférence $0^{m}$ 23. — Pas de goitre.

*Thorax* petit, globuleux, peu musclé, côtes saillantes, région dorsale couverte de poils. Mamelons petits et saillants. — A l'auscultation des poumons, râles sibilants et sous crépitants disséminés, mais surtout nombreux à droite. — Rien de particulier au *cœur*.

*Abdomen* volumineux et balloné. Pas d'hypertrophie hépatique, etc. — *Colonne vertébrale* sans déviation. — *Bassin* assez large. — *Fesses* rouges, tuméfiées, douloureuses. Légère escharre sacrée. — *Région anale :* érythème et petite hémorrhoïde,

*Pubis* glabre, peu saillant. — Grandes lèvres courtes, clitoris petit, recouvert par le capuchon. Petites lèvres 7 centi-

mètres de longueur, sur 1 à 2 centimètres de largeur. Vestibule profond. Fourchette bien marquée et mince. Hymen sans orifice visible. — La *sensibilité générale* parait normale.

*Membres supérieurs* égaux et symétriques, bien conformés. La mobilité des bras est absolument normale.

*Membres inférieurs* paraissant également bien développés: Leur attitude constante est celle des membres du fœtus. adduction et flexion des divers segments. L'extension ne peut s'opérer que du côté droit. Du côté gauche, les muscles fléchisseurs de la cuisse sont *contracturés* et prennent l'aspect lorsqu'on tire sur la jambe, de la corde tendue. Les tractions un peu fortes arrachent des cris à l'enfant. — Le *réflexe rotulien* n'existe pas.

*Traitement :* hydrothérapie; huile de foie de morue et sirop d'iodure de fer. Exercices des jointures.

1892. 21 *juin*. — L'enfant entre au pavillon d'isolement atteinte de *coqueluche*, les quintes varient de 10 à 14 par jour. Elle est guérie le 15 *juillet*.

25 *juillet*. — Nouveau séjour à l'isolement pour de l'*eczéma* séborrhéique du cuir chevelu pris pour de la teigne tricophytienne. Elle sort guérie le 4 septembre.

18 *octobre*. — Revaccination suivie de succès.

1893. 8 *décembre*. — L'enfant atteinte de teigne tondante est de nouveau isolée.

1894. *Janvier*. — *Organes génitaux*. Aisselles, pénil, grandes lèvres glabres, seins non développés. Grandes lèvres à peine saillantes. Petites lèvres peu développées. Clitoris petit, à capuchon rudimentaire. Hymen intact. — Rien de particulier à l'anus.

1895. *Janvier*. — L'état des organes génitaux n'est pas modifié.

15 *avril*. — L'enfant qui est à l'isolement pour la *teigne* depuis décembre 1893, contracte la *scarlatine*. Elle est plus spécialement isolée jusqu'au 24 mai où elle est renvoyée aux teigneux. La scarlatine a évolué sans épisode à noter.

12 *août*. — La teigne tondante étant guérie, l'enfant est renvoyée de l'isolement.

1897. *Janvier*. — L'état des organes génitaux est absolument stationnaire.

8 *mars*. — Le G... mange peu, est prise d'un mouvement

fébrile (T. R. 37°, 5). Elle se plaint de la tête; tousse un peu. A l'auscultation, respiration rude aux sommets et râles sibilants à gauche. — Teinture d'iode ; potion opiacée ; sulfate de quinine durant quatre jours.

20 *mars*. — Nouveau mouvement fébrile (39°). Vomissements, toux, changements rapides de coloration de la face. Mêmes signes stéthoscopiques.

23 *mars*. — Les vomissements ont cessé après la suppression de la quinine que l'enfant prenait depuis quelques jours. La température se maintient entre 38° et 39°. Eruption purpurique en pointillé.

28 *mars*. — Diarrhée jaunatre. Affaiblissement général. — Potion au bismuth et au laudanum ; café.

30 *mars*. — L'enfant vomit, sa faiblesse augmente. La température oscille entre 37°, 5 et 48°, 1. Mort. — Poids du corps après le décès : 11 kilog. 500.

*Tableau du poids et de la taille.*

| | 1892 | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Juin. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. |
| Poids. | 6 k. | 8.500 | 9.500 | 9.500 | 10 k. | 10 k. | 10 500 | 13.400 | 14 k. | 14.200 |
| Taille. | 0 59 | 0.60 | 0.70 | 0.70 | 0.70 | 0.70 | 0.75 | 0.85 | 0.90 | 1.00 |

*Mesures de la tête.*

| | 1892 | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Juin. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. |
| Circonf. horiz. maxima.. | 46 | 47 | 47 | 47 | 47 | 46.5 | 46.5 | 46.5 | 46.5 | 46.5 |
| Demi-circonf. bi-auricul.. | 31 | 32 | 32 | 32 | 32 | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| Dist. de l'artic. occipito-atloïd. à la rac. du nez.. | 32 | 32 | 34 | 34 | 34 | 34.5 | 34.5 | 34.5 | 34.5 | 34.5 |
| Diam. ant.-post. max.... | 14.5 | 14.6 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15.3 | 16 | 15.5 |
| — bi-auricul. — .... | 10.8 | 10.8 | 11 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 12 | 12 | 11.9 |
| — bi-pariétal — .... | 13.2 | 13.2 | 13.5 | 13,5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 14 |
| Hauteur méd. du front... | 3.5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

**Autopsie** (34 heures après le décès). — *Cuir chevelu* épais et pâle. — *Os* du crâne minces et friables. — Apophyse crista-galli très saillante. Il existe un aplatissement de la selle turcique, de la fosse frontale gauche et de l'occipitale à droite. — Rien à noter au trou occipital, ni au niveau des fosses temporales qui paraissent à peu près symétriques.

*Calotte crânienne* très mince sur toute sa section ; peu de diploë ; transparente surtout au niveau des régions latérales des pariétaux. Eminences mamillaires faibles à la face interne — Dépression marquée de la région postérieure donnant une apparence de cœur à la tête. Plagiocéphalie : bosse frontale gauche et surtout pariétale droite, très développées. — *Suture fronto-pariétale* sinueuse, en dents de souris. *Suture sagittale*, moins sinueuse, se prolongeant de 5 centimètres sur le frontal (*scissure métopique*) et disparaissant ensuite. — *Suture lambdoïde* peu contournée. — Un petit *os wormien* à un centimètre à droite du lambda. — Pas de traces de fontanelles. — *Caractéristique* : saillies des bosses pariétales et dépression de la partie postérieure de la région pariétale et de l'occiput. — Orifices très nets des veines émissaires de Santorini à un demi centimètre à droite et à gauche du tiers postérieur de la suture sagittale.

*Encéphale.* — Il s'écoule environ 200 gr. de *liquide encéphalique.* — La *dure-mère* ne parait pas malade. — La *pie-mère* du côté droit est plissée comme une poche vide. Elle est légèrement vascularisée.

*Cerveau.* — *Hémisphère droit.* — *Face externe.* — Aspect général court et globuleux. — *Lobe frontal.* Circonvolutions bien contournées séparées par des sillons assez profonds et d'aspect saines. Les *sillons* sont nombreux ainsi que les plis de passage. Les circonvolutions secondaires forment un groupe qui part en divergeant irrégulièrement en éventail de l'extrémité du sillon de Rolando et qui permet difficilement de les séparer en trois circonvolutions frontales parallèles. La frontale ascendante est un peu aplatie. — La *scissure de Sylvius* profonde d'aspect normal, laisse entrevoir le lobule de l'insula où l'on ne constate pas de lésions macroscopiques. — Le *sillon de Rolando* est peu profond. Il est limité par le bord net et d'aspect sain de la FA. et par la PA. atrophiée et étendue en grande partie. Le fond de ce sillon est mince et membraniforme. — Le *lobe pariétal* de ce côté est réduit à une poche membraneuse lisse, distendue sur laquelle on constate à sa partie inférieure une très mince couche de

substance cérébrale. Le *pli courbe* est atrophié. — Le *lobe occipital* est formé de petites circonvolutions plates, notablement diminuées de volume et atrophiées. — Le *lobe temporal droit* est d'aspect absolument sain dans ses deux tiers antérieurs. Le tiers postérieur participe à l'aplatissement et à l'atrophie du lobe occipital.

*Face interne.* — $F^1$ a un aspect normal mais le lobe paracentral la circonvolution du corps calleux et l'avant-coin sont distendus et forment une mince couche de substance cérébrale recouvrant la *poche membraneuse* qui fait saillie vers le lobe pariétal à la face externe. Cette atrophie laisse indemne le bord inférieur de l'avant-coin et le coin. Les circonvolutions temporo-sphénoïdales sont un peu aplaties et atrophiées, mais la partie postérieure de la circonvolution de l'hippocampe est réduite à une mince membrane.

Le *corps calleux* est épaissi, toute la couche optique droite est atrophiée et remplacée par un tissu scléreux et déprimé. Le noyau caudé du corps strié semble normal. — Le *ventricule latéral,* fortement distendu, est recouvert d'une membrane épaisse, vascularisée. Toutes les parties de ce ventricule sont dilatées mais le développement de la *poche hydrocéphalique* s'est surtout opéré aux dépens du lobe pariétal.

*Hémisphère gauche* — Aspect général globubeux. Circonvolutions compliquées, sillons nombreux.

*Lobe frontal.* — Les trois circonvolutions sont bien développées et d'aspect normal. Les sillons sont profonds. — Le *sillon de Rolando* est net et régulier. — La *scissure de Sylvius*, profonde, laisse entrevoir le lobule de l'insula sain.

*Lobe pariétal.* — Rien de particulier. PA est bien developpée et ne présente aucune lésion macroscopique pas plus que FA. Les lobules pariétaux supérieur et inferieur sont formées de nombreuses petites circonvolutions séparées par de très nombreux sillons qui en rendent difficile la description morphologique : elles paraissent à l'œil nu exemptes de toute lésion. Il en est de même du pli courbe.

Le *lobe occipital* et le *lobe temporal* sont aussi d'apparence normale.

*Face interne.* — $F^1$, le lobe paracentral, l'avant coin, le coin sont bien développés et d'aspect normal. — La *circonvolution du corps calleux* et le *corps calleux* ont été distendus et amincis, surtout la circonvolution du corps calleux à sa partie antérieure. — Le *lobe occipital* et le *lobe tempo-*

*ro-sphénoïdal*, la circonvolution de l'hippocampe offrent au aspect normal. — Le *ventricule latéral est très dilaté* mais notablement moins qu'à droite. La dilatation s'est effectuée surtout aux dépens de la corne temporale. — Les *corps opto-striés* sont volumineux, surtout la couche optique qui est saillante et contraste beaucoup avec l'atrophie complète de celle du côté opposé.

Le *cervelet* n'a rien de particulier.

*Thorax*. Pas de trace de *thymus*. — *Corps thyroïde* (4 gr). sain. — *Cœur* et *péricarde* : Rien de particulier. — *Ganglions* trachéo-bronchiques et péribronchiques infiltrés de tubercules. — *Poumon droit*. Granulations dans tout le poumon, *masse caséeuse* de la grosseur d'une noisette au lobe moyen. — *Poumon gauche*. *Infiltration tuberculeuse* du lobe supérieur. La *plèvre diaphragmatique* est aussi couverte de granulations.

*Abdomen*. — Granulations tuberculeuses nombreuses, du péritoine. La cavité péritonéale contient environ 300 gr. d'un liquide citrin. — Le grand épiploon est épaissi et rempli de granulations. — *Foie* hypertrophié surtout dans son lobe droit, mou, a subi la dégénérescence graisseuse. — *Rate* et *reins*, rien de particulier. — Les *anses intestinales* sont réunies par de nombreux exsudats et sont couvertes de granulations. Il en est de même de l'utérus et de ses annexes qui sont fixés à droite de la ligne médiane. — La *mort* est due à la *tuberculose généralisée*.

RÉFLEXIONS. — I. Cette enfant n'est pas d'une famille à antécédents pathologiques nombreux. Les convulsions qui se sont manifestées à l'âge de 4 mois ne paraissent pas être le point de départ de la maladie, car déjà vers cinq semaines, les parents avaient remarqué une certaine difficulté dans les mouvements des membres qui ne s'accomplissaient pas exactement de même des deux côtés.

II. La forme allongée du crâne de l'enfant est un peu particulière et n'est pas celle qu'affecte ordinairement la tête des *hydrocéphales*. La paraplégie de l'enfant doit entrer dans le cadre des diplégies congénitales connues sous le nom de maladie de Little.

**III.** L'état mental de l'enfant ne peut donner lieu à aucune réflexion intéressante elle était idiote complète et gâteuse. Aucune amélioration notable n'a pu se produire.

**IV.** L'autopsie a permis de constater une hydrocéphalie assez accentuée. L'atrophie causée par le développement des ventricules porte principalement sur la région pariétale et est prédominante au niveau de la zone motrice de l'hémisphère droit et de la couche optique du même côté.

**V.** La *tuberculose généralisée* a été la cause de la mort comme chez un certain nombre d'enfants gâteux qui se cachectisent facilement.

---

## III.

# Athétose double avec mouvements convulsifs chroniques de la face simulant les tics convulsifs;

PAR **BOURNEVILLE** ET **CHAPOTIN**.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand-pére paternel, tremblement sénile. — Arrière-grand-père paternel, bigare.*
*Mère, rien de particulier. — Grand-pére paternel, hémiplégique. — Pas de consanguinité, inégalité d'âge de un an.*
*Premières et uniques convulsions à 4 mois. — 1898. Tuberculose pulmonaire. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère au cerveau et à la partie inférieure de la scissure inter-hémisphérique. — Pas de grosses lésions cérébrales apparentes. — Caverne au sommet du poumon droit, infiltration caséeuse du reste du poumon. — Gros ganglions caséeux au niveau de la tête du pancréas.*

Pet... (Emile), né à Grand-Rallecourt (Pas-de-Calais), le 18 janvier 1874, est entré, le 20 mars 1886, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

**Antécédents.** (*Renseignements fournis par la mère le* 16 *juillet* 1886.) — PÈRE, 42 ans, ancien garçon aux magasins du Louvre, actuellement concierge, robuste, ne présente aucun antécédent morbide sérieux, n'a pas eu de convulsions; aucun indice de syphilis, marié à 22 ans. Depuis la naissance de l'enfant, il a eu quelques *céphalalgies* et deux ou trois épistaxis abondantes, accidents qui ne se sont pas reproduits depuis qu'il est concierge et qu'il attribuait à l'athmosphère des magasins. Il est rangé, fait parfois *quelques excès*

*alcooliques*, mais ne boit que du vin et n'est jamais ivre. — [Son *père*, cultivateur, sobre, a toujours été bien portant ; il est actuellement atteint de tremblement sénile de la tête et des membres. — Sa *mère*, morte à 66 ans, on ne sait de quoi, était ordinairement bien portante. Emportée et méchante, sa belle-fille la qualifie de « vraie mauvaise belle-mère ». — Rien de particulier du côté des *grands-parents paternels*. — Le *grand-père paternel* aurait été *bigame*. La *grand'mère maternelle* serait morte en démence à 80 ans. — Un *frère* mort en naissant. — Une *sœur* bien portante, non nerveuse, ayant eu des enfants qui n'ont jamais présenté d'autres accidents morbides que des troubles dûs au lymphatisme. Ni aliénés, ni suicides, etc., etc., dans le reste de la famille.]

MÈRE, 41 ans, autrefois cuisinière, maintenant concierge, brune, grande, à physionomie régulière, présentant un léger prognathisme ; caractère un peu vif ; sobre ; n'a jamais eu le moindre accident nerveux (migraines, crises nerveuses, syncopes, etc.). — [Son *père*, cultivateur, mort à 73 ans, on ne sait de quoi, avait eu, 5 ans auparavant, une *attaque d'apoplexie* avec *hémiplégie gauche*. Très sobre ; sans autre antécédent nerveux. — *Mère*, morte jeune, on ne sait de quoi. — Aucun renseignement sur les *grands-parents*. — Un *frère* mort d'une affection scrofuleuse. — Pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, de difformes, etc., dans le reste de la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an (père plus âgé).

Quatre *enfants* : 1° Une *fille* morte à 3 ans et demi, sans convulsions. Elle aurait eu des vers intestinaux auxquels ses parents attribuent sa mort ; était très intelligente ; — 2° *fille* 17 ans, bien portante, vive, intelligente, n'a jamais eu de convulsions, ni d'accidents nerveux ; — 3° *fille* de 15 ans, actuellement en bonne santé, a été longtemps nouée et n'a marché qu'à 23 mois ; présente actuellement une malformation de l'épaule. N'a jamais eu de convulsions, est très intelligente ; — 4° notre malade.

**Notre malade.** — Au moment de la *conception* probable, rien à signaler. — *Grossesse* normale, pas d'ennuis, de frayeur, de traumatismes, d'albuminurie, ni d'alcoolisme ; pourtant à partir de 6 mois, la mère eut à se plaindre de tracasseries de la part de sa belle-mère. — *Accouchement* à terme, sans intervention ; le travail dura deux heures. — *A la naissance*, pas

d'asphyxie ; il était robuste et vigoureux Pendant deux mois allaité par la mère, puis nourri au biberon, toujours avec le lait de vache,

Première dent à 3 mois ; à 4 mois il avait 3 dents : c'est à cette époque qu'ont appparu les *premières convulsions*. Elles furent très fortes, durèrent 4 ou 5 heures : occupant symétriquement les deux moitiés du corps, le malade se retournant de tous les côtés, renversant sa tête en arrière. Pendant deux heures on l'a cru mort. Depuis lors, il n'a jamais eu d'autres convulsions.

L'enfant n'a jamais su se tenir debout, n'a jamais marché mieux qu'il le fait actuellement, c'est-à-dire qu'il ne sait que se traîner par terre ou marcher en s'appuyant sur une chaise. Il ne parle pas et les seuls mots qu'il émet sont « oui, non, à ta li ta ». Mais il fixe assez bien son attention, comprend ce qu'on lui dit et lorsqu'on lui demande un objet, part le chercher en poussant sa chaise devant lui. Il n'a commencé à être propre que vers l'âge de 4 ans. Aujourd'hui, il gâte quelquefois la nuit, mais durant la journée, va seul aux cabinets. Il a bavé jusqu'à 3 ans. — Pet... n'a jamais su se bien servir de ses mains : s'il saisit un objet, il lui arrive de le laisser tomber à terre. A partir de l'âge de 8 mois, quatre mois par conséquent après la première convulsion, des *mouvements choréiformes* sont apparus, localisés à l'extrémité des deux membres supérieurs ; les deux mains s'agitent continuellement, les doigts s'écartant et se rapprochant ; ces mouvements sont continuels et n'ont pas présenté de variations notables depuis l'âge de 4 ans, époque où ils ont atteint leur maximum d'intensité. — Pas de secousses, pas de grincements de dents, pas de balancement de la tête, mais seulement un léger tournoiement latéral de la tête.

Pet,.. prend bien les aliments et mange de bon appétit ; il saisit, pour boire, son verre à deux mains : il est gourmand et mange gloutonnement ; il ne présente pas de mouvements de succion, pas de régurgitation, pas de rumination. Il n'a jamais su s'habiller ni se déshabiller seul : Ne sait ni boutonner, ni nouer, ni lacer ses vêtements ; il ne sait pas non plus se nettoyer seul, mais parait content des soins de propreté qui lui sont donnés.

D'un caractèee doux, un peu entêté, Pet... n' jamais eu d'accès de colère ; il est affectueux, aime les animaux : jamais il n'a ri comme les autres enfants. — Son sommeil est paisible ; on n'a pas observé de tendance à la masturbation,

Traité, à la suite de l'apparition des accidents nerveux, par les médications antiscrofuleuses et les bains salés, Pet... n'a

été atteint d'aucune fièvre éruptive, ni de diphtérie, ni de maladie typhoïde. A l'âge de 3 ans, il aurait eu la *coqueluche* ; vers la même époque a eu quelques croûtes d'impétigo dans le cuir chevelu,

Placé a l'âge de 5 ans chez les Frères Saint-Jean-de-Dieu où il est resté jusqu'à son admission à l'hospice de Bicêtre, Pet... aurait été atteint, à l'âge de 10 ans, d'une ophtalmie chronique ayant déterminé une opacité de la cornée du côté gauche qui fait qu'il voit très mal de cet œil. Enfin il aurait eu la teigne (?) dans cet intervalle de temps. — En résumé : d'après la mère, la situation, loin de s'améliorer, ne fait que s'aggraver de jour en jour.

**Etat actuel** (5 avril 1886). — La *tête*, plagiocéphale, est très nettement asymétrique par suite de l'aplatissement du pariétal droit ; la boite crânienne semble déjetée en arrière, les bosses frontales et les arcades sourcilières sont plus saillantes. — La peau est brune et sèche ; les cheveux, noirs et drus, sont régulièrement implantés. — Le *front* est bas, étroit, déprimé latéralement, surtout sur le côté gauche ; pas de rides ; légère cicatrice au niveau de la queue du sourcil gauche. — Les *sourcils*, assez fournis, sont châtain-foncé, les cils sont longs et bruns, les yeux bleus. La cornée du côté gauche offre une opacité occupant son quart inférieur et interne ; les pupilles sont asymétriques et, des deux côtés, réagissent également à la lumière et à l'accommodation. — Pe... ne reconnait pas les couleurs. — La *bouche* est remontée du côté droit, abaissée du côté gauche ; les lèvres sont épaisses, les commissures assez profondes, le pli nasogénien est plus marqué du côté gauche lorsque le malade tire la langue. Celle-ci ainsi que les lèvres, est continuellement agitée de mouvements choréiformes. Le *goût* est partiellement conservé. Les gencives sont en assez bon état ; on compte 12 dents à la mâchoire supérieure, dont 2 prémolaires de lait ; à la mâchoire inférieure, 11 dents ; une deuxième prémolaire n'est pas encore sortie : toutes ces dents sont d'ailleurs saines. — Le *nez* est petit, un peu épaté, droit, sans déformation ni cicatrices.

La partie inférieure de la face présente un léger prognathisme ; le menton est arrondi ; une plaque d'impétigo assez étendue siège au niveau de l'angle du maxillaire du côté droit. — *Oreilles* moyennement développées, tendant à s'écarter du crâne.

*Cou* court et grêle, très amaigri.

*Thorax* normalement développé ; auscultation des poumons

et du cœur normale. — *Abdomen* souple, peu saillant; le foie ne déborde pas le rebord inférieur des fausses côtes.

Les *membres supérieurs* semblent égaux en volume. Les mouvements de l'épaule et du bras s'exécutent spontanément, mais si on cherche à les provoquer, on détermine immédiatement une contracture passagère que l'on parvient du reste à vaincre, et qui, abandonnée à elle-même disparait au bout de quelques minutes. Il existe des *mouvements athétosiques* des deux mains, prédominant surtout à droite : les mains sont en extension sur les poignets, les coudes sont dans la demi-flexion. On ne note pas de déformations ni de cicatrices sur les mains, seulement un léger aplatissement de l'éminence thénar, surtout du côté droit.

Les *membres inférieurs* sont maigres, grèles, et symétriquesles genuox et les pieds viennent en contact ; en dessous soutenu sur la jambe en *varus équin*. On note de plus de légers *mouvements athétosiques* des pieds.

*Motilité*. — Si donc nous considérons dans leur ensemble les troubles de la motilité chez notre malade, nous observons des *mouvements athétosiques* de la face, du cou et des membres supérieurs, prédominant surtout à la main du côté droit. Mis debout, le malade se raidit et entre tout entier en contractures ; les muscles des épaules et des bras sont surtout pris ; le membre inférieur du côté gauche est en extension forcée, et repose sur le sol par l'intermédiaire de son bord externe et de ses derniers orteils : la contracture des mains est moins marquée du côté droit. Le malade, soutenu, marche en fauchant.

Les *réflexes cutanés* sont normaux; les réflexes rotuliens sont un peu exagérés. — La *sensibilité* générale est conservée et normale.

*Puberté*. — Corps complètement glabre; testicules de la grosseur d'un pois; prépuce très allongé; longueur de la verge : 5 centimètres, circonférence : 4 centimètres et demi. Rien à la région anale.

1888. 25 *janvier*. — Pet... qui auparavant demandait, dans la journée, à aller aux cabinets, ne demande plus : on est obligé de le conduire sur le siège.

25 *juillet*. — Pet... a fait quelques progrès ; il est plus propre, commence à aider quand on l'habille ; il est gai, moins sournois, joue avec les autres enfants du pavillon et mange plus proprement. Envoyé en classe, il est assez attentif, est parvenu à placer les lettres sur les cartons, mais ne les connait pas encore. — Nul en gymnastique.

28 *décembre.* — Pet... sait s'habiller et se déshabiller seul ; dans la journée, il va seul aux cabinets en se trainant, appuyé sur sa chaise. En classe, il travaille attentivement et cherche à comprendre ce qu'on lui explique, et à imiter les exercices que l'on exécute devant lui ; place bien les lettres, mais ne sait pas les nommer ; reconnait les couleurs, commence à distinguer convenablement les longueurs.

1889. 25 *mars.* — Pet... entre à l'infirmerie pour une *ulcération* de la commissure labiale droit, s'accompagnant d'engorgement ganglionaire du côté correspondant, et de tuméfaction de la muqueuse de la face interne de la joue. Rien aux organes génitaux ni à l'anus : le malade est mis en observation.

12 *septembre.* — Même état : traitement spécifique à l'iodure de potassium et aux frictions mercurielles.

17 *octobre.* — Les accidents ont disparu ; seule l'adénite sous-maxillaire persiste.

*Puberté.* — Corps et visage complètement glabres. — Verge : longueur 52 millimètres, circonférence 48 millimètres. — Prépuce développé. — Testicules difficiles à trouver, mous, égaux, du volume d'un haricot.

*Décembre.* — Rentré au pavillon des gâteux, Pet...... est atteint d'*ulcérations des orteils* qui rendent la station debout très-douloureuse.

1890. — Ulcérations des orteils persistantes. Traitement par les bains salés, huile de foie de morue, sirop de fer. — Même état des organes génitaux.

1891. — Même état des ulcérations : continuation du même traitement, Pet. — qui avait perdu sous le rapport de la propreté, fait des progrès à partir du mois de juillet : il ne gâte plus, s'habille et se déshabille tout seul, mais ne peut encore boutonner et lacer.

1892. — Même état. — *Puberté.* — Corps et visage glabres ; quelques poils noirs au niveau du pénil. Scrotum et verge fortement pigmentés. — Verge, longueur : 5 centimètres ; circonférence : 4 centimètres et demi. Testicules à la racine des bourses, de la g rosseur d'une olive.

*Traitement* : Douches et sirop de fer. — Pet... n'a plus fait de progrès sous le rapport de l'écolage.

1893. — Même état ; continuation du même traitement.

*Membres supérieurs.*

| | 1887 | | 1892 | | 1894 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | D. | G. | D. | G. | D. | G. | D. | G. | D. | G. | D. | G. |
| Circonférence au niveau de l'aisselle.......... | 19 | 20.5 | 21 | 21 | 23 | 23.8 | 23 | 23.8 | 23.5 | 24 | 23.5 | 24 |
| — à 0m 10 au-dessus de l'olécrane. | 19 | 19 | 19 | 19 | 20 | 20 | 20 | 20.2 | 20 | 20.5 | 20 | 20.5 |
| — à 0m 10 au-dessous — | 19 | 18.5 | 19 | 19 | 22 | 22 | 22 | 23 | 22 | 23 | 22 | 23 |
| — au niveau du poignet........... | 14.5 | 15 | 15 | 15 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16.5 | 16 | 16.5 |
| — au niveau du métacarpe........ | 18 | 18 | 18.5 | 18.5 | 19.5 | 19 | 20 | 19 | 20 | 19 | 20 | 19 |
| Distance de l'acromion à l'olécrane........... | 28.5 | 26.5 | 28.5 | 28.5 | 28.5 | 28.5 | 29.5 | 28.5 | 29.5 | 28.5 | 31 | 31 |
| — de l'olécrane à l'ap. styl. du cubitus. | 21.5 | 21 | 23 | 23.5 | 23.2 | 53.5 | 23.7 | 25.2 | 25.2 | 25.2 | 26 | 26 |
| — du cubitus à l'extrémité du médius.. | 15.5 | 15 | 16 | 16.2 | 18 | 16.7 | 18 | 18 | 18 | 19 | 20 | 20 |
| *Membres inférieurs.* | | | | | | | | | | | | |
| Cironférence au niveau de l'aine............. | 33 | 32 | 34 | 34 | 34 | 35 | 35 | 35.5 | 35 | 35.5 | 35 | 35.5 |
| — à 0m 10 au-dessus de la rotule.. | 26 | 27 | 26 | 27 | 26.5 | 27 | 26.2 | 27 | 26.2 | 27 | 26.2 | 27 |
| — à 0m 10 au-dessous — .. | 21 | 21 | 21 | 21 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 25 | 25 |
| — au niveau du cou-de-pied....... | 17 | 16 | 18 | 17.5 | 19 | 18 | 19 | 18 | 19 | 18 | 19 | 18 |
| — à la partie moyenne du pied.... | 20.5 | 20.5 | 22.5 | 23 | 23.2 | 23.5 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 |
| Distance de l'épine iliaque à l'interligne articulaire du genou........................ | 31 | 31 | 34 | 33.5 | 35 | 35 | 35.5 | 36 | 40.5 | 41 | 47 | 47 |
| Distance de l'interl. à la malléole externe..... | 30 | 30.5 | » | » | » | » | » | » | 32.5 | 32 | 34.5 | 36.5 |
| Distance de la malléole externe à l'extrémité du médius ............................ | 14 | 14.5 | » | » | » | » | » | » | 18.5 | 18 | 19.5 | 19.5 |
| Pied { longueur............................ | » | » | » | » | » | » | » | » | 19 | 19.2 | » | » |
| Pied { largeur.............................. | » | » | » | » | » | » | » | » | 11.5 | 10 | » | » |

*Tableau des mensurations de la tête.*

| | 1887 | 1889 | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | 1895 | 1896 | 1897 | 1898 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Circonférence horizontale maxima | 49 | 49 | 49 | 49 | 49.1 | 49.5 | 50 | 51 | 51 | 51 |
| 1/2 circonférence bi-auriculaire | 34 | 34.5 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| Distance de la protubérance occipitale à la racine du nez | 31.5 | 33 | 33 | 33.5 | 33.6 | 35 | 36 | 36 | 36 | 36 |
| Diamètre antéro-postérieur maximum | 16.5 | 16.5 | 16.8 | 17 | 17 | 17 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 18 |
| Diamètre bi-auriculaire | 10.5 | 11.3 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 13 |
| — bi-pariétal | 14.4 | 14.4 | 14.5 | 14.6 | 14.6 | 14.6 | 14.6 | 15 | 15 | 15 |
| — bi-temporal | | | | | | | | 11.5 | 12 | 12 |
| Hauteur médiane du front | | | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

*Tableau du poids et de la taille.*

| | 1886 | | 1888 | | 1889 | | 1890 | | 1891 | | 1892 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. |
| Poids | 22 | 23.5 | 22 | 23.5 | 23.7 | 23.2 | 24 | 24.5 | 26 | 30 | » | 33 |
| Taille | 1.21 | 1.24 | 1.21 | 1.24 | 1.24 | 1.26 | 1.29 | 1.30 | 1.31 | 1.32 | » | 1.34 |

| | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. | Janv. | Juil. |
| Poids | 37.8 | » | » | 32 | » | » | 35.2 | 37.9 | 43.6 | 39.5 | 39.5 | » |
| Taille | 1.37 | » | » | 1.37 | » | » | 1.42 | 1.42 | 1.44 | » | » | » |

1894. — État stationnaire ; même traitement.

*Puberté.* — Léger duvet sur le pubis ; aisselles glabres ; verge : longueur 6 centimètres, circonférence 5 cent., 5. Prépuce long, gland découvrable. — Testicules de la grosseur d'un œuf de merle. Rien à la région anale.

1895. — État stationnaire, même traitement.

*Janvier.* — *Puberté.* Duvet marqué à la lèvre supérieure

et au menton, corps glabre, rien aux aisselles ; poils longs et fournis à la base de la verge, autour de l'anus qui est normal. — Testicules de la grosseur d'une *amande* ; pas de varicocèle. — Verge : longueur 7 centimètres, circonférence 6 cent. 5.

1896. — État stationnaire ; même traitement.

*Juillet.* — *Puberté.* — Fines moustaches, aisselles presque glabres, quelques poils au pubis et à la région anale, testicules de la grosseur d'une amande. — Verge : longueur 8 centimètres, circonférence 7 cent., 5. — Anus normal.

1897. — État stationnaire ; même traitement.

*Puberté.* — Pas de modifications depuis l'année précédente.

1898. *Janvier.* — *Puberté.* — Quelques poils bruns sur la lèvre supérieure et le menton ; dans les aisselles, poils bruns et longs. — Sur les membres supérieurs et inférieurs, poils blonds d'un centimètre ; — sur le pubis, poils bruns étendus transversalement sur une longueur de 9 centimètres. — Verge, longueur : 9 centimètres, circonférence : 8 cent., 5. — Gland découvert. — Testicules du volume d'un œuf de merle.

1er *avril.* — Depuis deux jours Pet... a de la *diarrhée* et ne mange plus.

6 *avril.* — Diarrhée fétide, peu abondante ; — toux peu intense. A l'auscultation, on entend des râles humides des deux côtés de la poitrine et un souffle caverneux au sommet gauche, en arrière. T.R. 38°, 5 matin et soir.

7 *avril.* — Même état. — *Soir :* T.R. 39°, 8.

8 *avril.* — L'état se maintient dans la matinée ; *syncope* dans l'après-midi. T.R. 40°, 5. — Mort à 10 heures 1/2 du soir.

*Température après décès.*

| | |
|---|---|
| Après 5 minutes | 39°,6 |
| — 1 quart d'heure | 39°,3 |
| — 1 heure | 37° |
| — 2 heures | 36° |
| — 4 heures | 30° |
| — 7 heures | 28° |
| — 10 heures | 26° |
| — 14 heures | 20° |

Température de la chambre : 20°.

Poids après décès : 35 k. 500. (Voir PLANCHE I.)

**Autopsie** pratiquée *trente-deux* heures après la mort.

*Tête.* — *Cuir chevelu* maigre et pâle. — *Crâne* ovoïde avec

plagiocéphalie (saillie du frontal *gauche* et de l'occipital *droit*), peu épais ; nombreuses plaques transparentes principalement au niveau des fosses occipitales. La suture fronto-pariétale droite est sinueuse ; la *fronto-pariétale gauche est complètement synostosée.* Les sutures inter-pariétales et pariéto-occipitales sont très sinueuses et n'offrent aucune trace de synostose. La *calotte* enlevée, on observe entre la dure-mère et la surface du cerveau des adhérences assez résistantes, développées surtout à la partie inférieure de la scissure inter-hémisphérique. — Les vaisseaux de la pie-mère sont fortement congestionnés, mais il n'y a pas de lésions apparentes macroscopiquement et le cerveau se décortique assez facilement.

**Cerveau.** — HÉMISPHÈRE GAUCHE. — *Face externe.* — *Scissure de Sylvius* (S.S.), profonde, bien marquée ainsi que ses rameaux ascendant et horizontal. — Le lobule de l'*insula* (L.I.) comprend trois circonvolutions dont la première et la troisième sont bifurquées. — *Sillon de Rolando* (S.R.), sinueux, profond. — *Scissure perpendiculaire externe* (Sc.p.e.), normale. — *Scissure parallèle frontale* (Sc.p.f.), profondément dessinée. — *Scissures frontales supérieure et inférieure* (Sc.f.s. et Sc.f.i), sinueuses, moins bien indiquées. — *Scissure interpariètale* (Sc.ip.), très accusée, surtout dans sa partie postérieure, se prolonge jusqu'au contact de la scissure perpendiculaire externe. — *Scissure parallèle* (Sc.p.), très développée, rectiligne dans ses deux tiers antérieurs, se termine au voisinage de la scissure perpendiculaire externe. — *Deuxième scissure temporale* (Sc.t$^2$.), peu développée. — *Première circonvolution frontale* (F$^1$.) volumineuse, communique par un pli de passage avec la *seconde frontale* (F$^2$.), la plus grosse et la plus tortueuse. — *Troisième circonvolution frontale* (F$^3$.), cap bien dessiné mais très-maigre ; est régulière dans le restant de son étendue. — *Frontale ascendante* (F.A.), verticale dans sa partie inférieure, moins volumineuse dans sa moitié supérieure qui est déjetée en arrière. —*Pariétale ascendante* (P.A.), très flexueuse, maigre, surtout dans sa partie inférieure ; *Première pariétale* (P$^1$.), très large, courte, nombreux sillons accessoires. — *Deuxième pariétale* (P$^2$.), divisée en quatre segments par des scissures accessoires. — *Première temporale* (T$^1$.), régulière, se termine au contact de la scissure interpariétale. — *Deuxième temporale* (T$^2$.), volumineuse et sinueuse. — *Pli courbe* (P$^3$.), développé avec de petits sillons superficiels. — *Lobe occipital* (L.O C.), circonvolutions grèles. (PL. II.)

*Face interne.* — *La scissure calloso-marginale* (Sc.c.m.) est profonde, ne présente rien de particulier. — *Scissure perpendiculaire interne* (Sc.p.i.), très développée, s'étendant jusqu'au bourrelet du corps calleux. — *Fissure calcarine* (F.ca.), également bien développée. — *Circonvolution du corps calleux* (C.C.C.), présente à sa partie moyenne trois plis de passage se portant vers le pied de la *première frontale* ($F^1$.), vers le *lobule paracentral* (L.P.) et vers les angles antérieurs et postérieurs du lobule quadrilatère (L.Q.). — *Corps calleux* (C.C.) normal. — *Lobule paracentral* (L.P.), peu développé. — *Lobule quadrilatère* (L.Q.), assez volumineux, divisé en deux parties par un sillon médian. — *Coin* (C.), *première* et *deuxième circonvolutions temporo-occipitales* ($T.o^1$. et $T.o^2$.) bien développées. — *Troisième circonvolution temporale* ($T^3$.) dédoublée à sa partie postérieure, nettement séparée des circonvolutions voisines. — *Circonvolution* de *l'hippocampe* (C.H.) et *Corne d'Ammon* (C.A.), saines (Pl. III).

*Face inférieure du lobe frontal, ventricule latéral, couche optique, corps strié*, rien de particulier.

Hémisphère droit. — *Face externe.* — *Scissure de Sylvius*, courte. — *Sillon de Rolando* et *scissure interpariétale* bien développés. — *Scissure perpendiculaire externe*, masquée par un confluent de veines superficielles. — *Scissure parallèle*, semble assez accusée, s'étend jusqu'au lobe occipital. — *Première circonvolution frontale*, communique par deux plis de passage avec la partie moyenne de la deuxième. — *Deuxième circonvolution frontale*, irrégulière. — *Troisième circonvolution frontale* bien marquée. — *Frontale ascendante*, (F. A.) trajet oblique en haut et en arrière, élargie à sa partie moyenne. — *Pariétale ascendante*, flexueuse, amincie près de son extrémité supérieure. — *Pariétale supérieure*, courte et large. — *Pariétale inférieure*, nombreux sillons accessoires. — *Pli courbe*, assez volumineux, avec des sillons plus accentués que sur l'hémisphère gauche. — *Lobe occipital*, circonvolutions irrégulières. — *Première circonvolution temporale*, rectiligne, bien développée, semble se continuer avec le pli courbe. — *Deuxième circonvolution temporale*, large, nombreux sillons accessoires.

*Face interne.* — *Scissure calloso-marginale*, ne présente aucun caractère particulier. — *Scissure perpendiculaire interne*, longuement développée, atteint la fente de Bichat. — *Circonvolution calloso-marginale*, présente des plis de passage vers le pied de $F^1$. — *Lobule paracentral*, se continue

à sa partie postérieure par un pli de passage avec le lobule quadrilatère. — *Fissure calcarine*, normale. — *Circonvolution frontale interne*, légèrement renflée à sa partie supérieure. *Lobule paracentral*, bien développé. — *Coin* et *circonvolutions occipitales*, nettement séparés. — *Corps calleux* et *noyaux gris centraux*, rien de particulier. — *Corne d'Ammon*, large mais courte.

La description des circonvolutions et surtout des sillons est très difficile, parce que, en vue de l'examen histologique, on a conservé la pie-mère. Sur les deux hémisphères *les circonvolutions sont relativement peu développées*, par rapport à l'âge de l'enfant ; elles sont aussi loin d'être symétriques.

*Cou.* — Le *corps thyroïde* est volumineux, le lobe droit un peu plus gros que le gauche ; on ne trouve pas de trace du *thymus.*

*Thorax.* — *Cœur.* — Rien de particulier dans le péricarde, l'orifice mitral laisse difficilement passer le petit doigt, pas de lésions de l'orifice aortique ni de l'orifice pulmonaire ; le muscle cardiaque est, dans le cœur gauche, légèrement hypertrophié. — Pas de persistance du trou de Botal. — *Poumon gauche*. Léger épanchement pleural ; ce poumon est farci de *nodules tuberculeux* et présente des *cavernes* à son sommet. — *Poumon droit*. Adhérences peu résistantes et récentes à la plèvre diaphragmatique ; points atélectasiés au sommet ; les deux autres lobes sont fortement congestionnés. — Les *ganglions trachéo-bronchiques* sont volumineux et caséeux.

*Abdomen.* — Rien de particulier du côté de l'*estomac* ni du *péritoine*, si ce n'est que l'*appendice* qui mesure à peine 1 cm., 5 est dur, *complètement oblitéré* et appliqué par le péritoine contre la paroi abdominale postérieure. — Pas de trace d'ulcérations sur l'*intestin*. Les *ganglions mésentériques* sont légèrement tuméfiés. — Le *foie* est assez volumineux, un peu graisseux ; la *vésicule biliaire* ne renferme pas de calculs. — La *rate* est grosse et molle. — Le *pancréas* est très-volumineux et, au niveau de sa tête, siègent de gros ganglions caséeux. — *Rein* gauche, rien de particulier, se décortique facilement ; capsule surrénale un peu grosse ; pas de noyaux tuberculeux. — *Rein* droit un peu congestionné ; petit kyste à son extrémité supérieure. — *Capsule surrénale* rien. — *Vessie, organes génitaux*, rien à noter.

RÉFLEXIONS. — I. Les *antécédents* héréditaires se réduisent à peu de chose : quelques *excès de boisson* chez le père; une attaque d'*apoplexie* suivie d'*hémiplégie* chez le grand-père maternel.

II. La *conception,* la *grossesse,* l'*accouchement* (par la tête) et l'état de l'enfant à la naissance n'ont offert rien d'anormal.

III. C'est à un *état de mal convulsif*, survenu à quatre mois, ayant duré 4 à 5 heures, qu'il faut attribuer l'*imbécillité,* la *diplégie* incomplète et l'*athétose double*, observées chez ce malade.

IV. P... est atteint, non pas d'idiotie complète, mais d'*imbécillité* à un degré prononcé. En effet, son attention est facile à fixer, il comprend ce qu'on lui dit, exécute les ordres qu'on lui donne.

Pe... est entré en mars 1886, âgé de 12 ans, c'est-à-dire dans des conditions déjà peu favorables, étant donnés son état intellectuel, ses contractures et ses mouvements athétosiques. Malgré cela, nous avons obtenu, sur certains points, une réelle amélioration. Sa gloutonnerie a fait place à un appétit régulier ; il est devenu propre ; il est arrivé à s'habiller et se déshabiller, sauf qu'il ne sait boutonner; l'attention s'est développée ; le caractère s'est transformé : Pe... est moins violent, moins sournois, plus gai. La parole est toujours restée nulle.

Le peu qui a été obtenu ici, les résultats constatés dans des cas analogues, soit à Bicêtre, soit à l'Institut médico-pédagogique, nous ont montré que les *idiots* ou les *imbéciles athétosiques* (qui paraissent former un groupe spécial) sont susceptibles d'être améliorés, à la condition qu'on s'en occupe de bonne heure, dès l'âge de 2 ou 3 ans : plus on attend plus les chances d'une modification sérieuse diminuent.

V. L'*athétose* était nettement caractérisée. Les mouvements athétosiques auraient été constatés à l'âge de huit mois, quatre mois après les convulsions. Ils sont restés les mêmes, assure-t-on, depuis l'âge de quatre ans. Ils occupaient la face, le cou, les membres supérieurs et inférieurs.

VI. Les mensurations des membres, prises à différentes époques et chaque fois malheureusement par une personne différente, ne nous fournissent aucune donnée précise. — La *tête* s'est accrue progressivement de volume jusqu'en 1896, puis elle est restée à peu près la même (1897-98). — Sa *taille* de 1886 à 1897 s'est élevée de 1$^{m}$20 à 1$^{m}$44 et son poids de 22 k. à 39 k., 5, tombant à 35 k. 5, sous l'influence de la tuberculose. — La *puberté* s'est effectuée avec une certaine lenteur, ainsi que cela ressort des notes prises annuellement depuis l'entrée (1886) jusqu'à la mort (1898).

---

*Erratum*. Il faut rétablir ainsi qu'il suit les lignes 14, 15, 16 et 17 de la page 30 :

Les *membres inférieurs* sont maigres et symétriques. Les genoux viennent en contact par la face interne des condyles. Les pieds, étendus sur la jambe en varus équin, viennent en contact par les gros orteils.

---

IV.

## Idiotie légère symptomatique de méningite chronique ; paraplégie et pieds bots ;

Par **BOURNEVILLE** et **SÉBILLEAU**.

SOMMAIRE. — *Enfant naturel. — Père alcoolique. — Renseignements insuffisants sur lui et sur sa famille. — Mère nerveuse. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Grand-oncle maternel, bègue et aliéné. — Un autre oncle, arriéré et bossu. — Cousin mort de convulsions, — Frère, convulsions, mort de méningite dite tuberculeuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 ans ( ? ).*

*Grossesse accidentée par des émotions. — Bien portant jusqu'à 3 ans. — A 3 ans fièvre typhoïde et méningite ou fièvre typhoïde avec complications méningitiques. — Affaiblissement consécutif du côté gauche et idiotie. — Accès de cris, colères, violences. — Onanisme. — Tentatives de fugues. — Inconscience du danger. — Manies et tics : Balancement antéro-postérieur du tronc. — Brûlures à 3 mois. — Rougeole à un an. — Coqueluche et otite suppurée à 2 ans.*

1884. — *Ulcération des cicatrices de brûlure.*

1888. — *Stomatites et adénites sous-maxillaires. — Progrès intellectuels légers. — Langage grossier ; actes de violence.*

1890. — *Persistance des mauvais instincts ; Kleptomanie.*

1891. — *Progrès scolaires ; — Amélioration du caractère ; — Amyotrophie de la jambe gauche.*

1893-97. — *Alternatives de bien et de mal au point de vue du caractère. — Progrès à l'école et à l'atelier.*

1898. — *Tuberculose pulmonaire aiguë ; — mort.*

AUTOPSIE. — *Tuberculose pulmonaire. — Lésions méningitiques de la face interne des lobes frontaux.*

Cur.. (Ulysse), né à Mussy-sur-Seine, le 21 octobre 1879, est entré dans le service le 22 octobre 1884.

**Antécédents.** — (*Renseignements fournis par sa mère* le (24 novembre 1884.) Le malade est un *enfant naturel.* — PÈRE, doit avoir 37 ans environ, commis voyageur en étoffes, *alcoolique* invétéré. La mère de l'enfant l'a connu pendant un an à Chatillon-sur-Seine, elle le voyait de temps en temps. Elle ne peut donner d'autres détails sur lui ni sur sa famille.

MÈRE, 32 ans, domestique, brune, grande, physionomie régulière. Tempérament très nerveux ; elle se met facilement en colère ; n'a jamais eu de convulsions ni de migraines. Parfois céphalalgies violentes. Pas de syncope, ni syphilis, ni excès de boisson. [*Père*, vigneron, a fait beaucoup d'*excès de boisson*, mort asthmatique. — *Mère*, bien portante. — *Grand-père paternel* ; mort asthmatique à 8 ans. Pas de détails sur sa *grand'mère paternelle* et sur ses *grands-parents maternels.* — *Frère*, mort à 12 ans d'un rhumatisme articulaire. — Une *sœur*, en bonne santé, a eu cinq enfants dont un est mort à 9 mois de *convulsions.* — Un *oncle maternel*, bègue, a été enfermé comme *aliéné.* — Un autre oncle était un peu «bêta» et bossu. — La mère dit qu'il n'y a pas eu d'autres tares dans sa famille ni de *tuberculeux.*]

Pas de consanguinité (le père est de Dijon, la mère de Mussy-sur-Seine, près Bar-sur-Seine). Inégalité d'âge de 5 ans

Six *enfants* : 1° notre malade né de l'amant ; — 2° une fille âgée de 4 ans, née du mari qui a reconnu notre malade ; pas de convulsions, intelligente, est actuellement (1898) âgée de 17 ans et se porte bien ; — 3° garçon, 18 mois a été atteint de *convulsions*, à l'âge de deux mois. Dans la même journée il a eu trois crises. Depuis les convulsions ne se sont pas reproduites. Il est mort à 5 ans de *méningite tuberculeuse* ; — 4° garçon, mort à 18 d'une congestion pulmonaire ; pas de convulsions. — 5° garçon, en bonne santé, pas de convulsions. Après avoir vécu dix ans avec son mari, la mère de l'enfant s'est mise avec un autre homme dont elle a eu : 6° un garçon âgé de 2 ans qui a eu 7 ou 8 fois de fortes *convulsions* durant sa première année et qui semble un peu en retard.

**Notre malade.** — Lors de la *conception*, père et mère en bonne santé. La conception n'aurait pas eu lieu dans l'ivresse. — *Grossesse*, pas de coups, ni de chutes, ni de peurs, ni d'envies, mais émotions nombreuses : abandonnée par son amant au sixième mois de sa grossesse, elle se réfugie chez ses parents qui lui font la vie insupportable. Dès les premiers mois de la grossesse, constriction du ventre mais pas de tentative d'avortement. — *Accouchement* à terme, naturel ; présentation par la tête ; pas de chloroforme ; eau en petite quantité.

A la *naissance*, enfant gros, bien portant, sans asphyxie. — Élevé au sein pendant un mois par sa mère qui, à ce moment, se marie avec un homme qui avait deux enfants et qu'elle n'avait vu que deux fois. Elle s'est mariée par dépit et a été, dit-elle, tellement révolutionnée de cette union que son lait s'est tari. Elle a été forcée de donner le biberon à l'enfant (lait de vache). Sevré à 15 mois, C.... a marché à un an ; a commencé à parler à 20 mois, a eu sa première dent vers un an. *Il a été bien portant, intelligent* jusqu'en juillet 1883. A partir de cette époque, il devient nerveux, coléreux, pousse des cris sans raison. Cet état dure un mois, puis il est pris d'une *méningite :* douleurs de tête qui était renversée en arrière ; le corps était raidi, fièvre très forte, vomissements ; il aurait eu aussi « mal au ventre et de la diarrhée et aurait été sans connaissance durant une semaine. Le médecin a dit d'abord qu'il avait une fièvre muqueuse, puis une méningite. » Quand ces symptômes ont cessé, l'*enfant* ne *pouvait plus marcher.* Le *côté gauche* était *paralysé.* Il traînait la jambe de ce côté et ne se servait que de la main droite. Il aurait été traité sans succès par l'électricité à l'hopital de Troyes. — ? L'intelligence s'était très affaiblie. La parole était moins facile qu'avant la maladie.

Depuis lors, il n'a pas eu de nouvelles convulsions, mais a été sujet aux accidents suivants : Accès de colère fréquents, cris aigus poussés sans motif, cassait les objets qui lui tombaient sous la main, battait sa sœur et son frère sans motif, voulait les tuer. « Les voisins se plaignaient de ses cris et nous étions obligés de déménager. » Très gourmand, parfois vorace ; pas de salacité. Mange seul avec la cuiller et la fourchette. Mastication régulière. A diverses reprises, on a constaté qu'il se livrait à l'*onanisme.* Il a essayé de se sauver de chez lui plusieurs fois. Inconscience complète du danger.

Il avait la mauvaise habitude de cracher au visage des enfants et des grandes personnes. Il n'est pas grimpeur ni kleptomane, etc. Pas de grincement de dents. Parfois il suçait des

chiffons. — Balancement du tronc d'avant en arrière. — Langage grossier ; méchant avec les autres enfants qu'il frappait et dont il brisait les jouets.

*Brûlure* à trois mois sur la *jambe gauche*, la cicatrisation a été très lente. — Rougeole à un an ; coqueluche à deux ans ; à la suite abcès d'une oreille qui a coulé très longtemps. Pas de dartres ni d'engelures.

A la maison, comme il marchait sur les genoux, sa mère lui avait fait fabriquer des genouillères. Plus tard son beau-père lui fait faire des béquilles avec lesquelles il battait sa sœur.

Voici maintenant ce qui a été observé durant son séjour dans le service de 1884 à 1898.

1884. 5 *décembre*. — Les cicatrices de *brûlure* qu'il porte à la jambe gauche se sont ulcérées. Repos au lit. Glycérolé d'amidon.

21 *décembre*. — L'examen de ses dents montre que la dentition de lait est complète et en bon état.

1885. 24 *janvier*. — C... est de nouveau conduit à l'infirmerie pour les *ulcères* qu'il porte à la jambe gauche.

4 *avril*. — Vacciné sans succès avec du vaccin humain à droite, du vaccin de génisse à gauche. — Exeat le 20 avril.

28 *août*. — Traitement hydrothérapique jusqu'au 31 octobre.

*Décembre*. — C.... parle bien, mange proprement ; se sert des trois objets, mâche et digère convenablement. Il sait se laver, s'habiller, se déshabiller, lacer, boutonner, mais sa tenue laisse à désirer. — Son caractère est variable : tantôt il est caressant, doux, poli ; tantôt il est taquin, indiscipliné, coléreux, très grossier, essaie d'égratigner, de mordre, etc. Il marche en se dandinant, *les pieds se renversent en dehors* ; il n'est pas solide sur les jambes, tombe très souvent. Il court « à quatre pattes. »

1887. — Il commence à syllaber, écrit des mots, connait les couleurs, les figures géométriques, tous les objets des boîtes de leçons de choses. Il exécute la plupart des exercices de la petite gymnastique, avec difficulté, toutefois, à cause de la faiblesse de ses jambes.

1888. **État actuel** (15 février). — *Tête* symétrique, ovale ; légère saillie des bosses pariétales. Cheveux châtains. bien fournis. — *Face* : front bas, hauteur, 4 centimètres, étroit,

Bosses frontales un peu saillantes. Arcades sourcilières peu marquées. — *Yeux* : pas de lésions scrofuleuses, pas de strabisme. Iris brun, pupilles égales, *vue* normale. Reconnait bien les couleurs. — *Nez* légèrement épaté, narines horizontales, cloison médiane. — *Odorat* normal. — *Bouche* assez grande, lèvres épaisses. Voûte palatine arrondie. — *Goût* conservé. — *Oreilles* bien ourlées, peu écartées (hauteur 5 centimètres). Lobule incomplètement adhérent. — *Ouïe* naturelle.

*Thorax* bien conformé ainsi que les *membres supérieurs* qui paraissent égaux. Préhension normale. — *Membres inférieurs* inégaux, le droit beaucoup plus volumineux que le gauche. Aux genoux, la rotule et le coudyle interne sont très saillants. Le malade boîte, il traîne la jambe *gauche*. Le pied droit se porte bien à plat sur le sol, mais le pied gauche se porte sur son bord externe qui présente une induration au niveau de l'extrémité du 5me métatarsien. (*Pied bot varus*.)

La marche est à peu près impossible sans béquilles. Avec les béquilles, non seulement elle est possible, mais le malade court, rivalisant même avec les autres enfants, en jetant l'un après l'autre ses pieds qui décrivent un demi cercle. Il y a une sorte de déhanchement qui rappelle celui des coxalgiques de naissance (PL. IV).

*Digestion* normale ; *selles* régulières. — Respiration et circulation normales. P. 68. — *Abdomen* : Foie et rate normaux à la percussion.

*Puberté* : Visage glabre ainsi que la poitrine et le pénil. Testitules égaux, de la dimension d'un petit haricot. Gland recouvert par le prépuce, circonférence, 45 mill. ; longueur, 35 mill.. Anus normal.

*Sensibilité générale* conservée à la piqûre et à la température.

13 *mars. Avril.* — Stomatite et adénites sous-maxillaires légères, d'origine suspecte. Il n'y a pas d'autres lésions sur la peau, dans les cheveux, ni aux organes génitaux.

21 *juillet.* — *Puberté.* Les testicules ont un peu augmenté et sont devenus de la grosseur d'une olive.

C.... est très mobile ; a des périodes alternatives de bien et de mal ; taquine ses camarades, les empêche de travailler ; Il a fait des progrès en écriture et en lecture et commence à faire de petites additions. Son caractère devient de plus en plus insupportable. Quand on le réprimande, il répond par des mots grossiers tels que: vache, pourriture, carcan, saloperie, etc. Il se bat continuellement.

1889. *Janvier.* — État stationnaire à l'école. C... comprend très-bien tout ce qu'on lui dit, mais il est désobéissant et il court sans cesse, taquine ses camarades et se querelle avec eux. Malgré sa *paralysie des membres inférieurs*, il grimpe partout. Quand il est mécontent de quelqu'un il défigure son nom, pensant que cela le contrarie.

23 *juillet.* — *Puberté.* Pas de poils sur le visage, sur le tronc et sous les aiselles ni au pubis. Longueur de la verge 5 cent. Circonférence, 6 cent. Les testicules, égaux, ont la grosseur d'une petite fève. — Caractère toujours aussi grossier.

17 *octobre.* — Angine herpétique. — Exeat le 21 octobre.

1890. *Janvier.* — Amélioration sous tous les rapports en classe, additionne plusieurs nombres et connait le nom et l'usage de tout ce qui l'entoure, exécute avec plus de force les exercices de gymnastique. Le caractère est toujours aussi violent, le langage aussi grossier ; il recherche les enfants les plus pervers, tient avec eux des conversations obscènes, cherche à s'approprier ce qui ne lui appartient pas et fait prendre par ses amis l'argent, les images, les jouets et les friandises aux enfants qui reviennent du parloir.

1891. *Janvier.* — L'enfant fait des progrès sous le rapport des exercices scolaires, mais il ne travaille que par périodes. Il essaye de fumer des bouts de cordon, du jonc et du tabac qu'il se procure on ne sait comment. Comme il devient de plus en plus violent et qu'il bat les autres enfants qui le redoutent on le fait passer à la grande école.

14 *avril.* — On constate une *amyotrophie* marquée de la cuisse gauche. — Hydrothérapie.

*Juin.* — On constate une amélioration sensible dans son caractère ; il est plus attentif en classe, moins irascible et moins grossier. Il est envoyé à l'atelier de cordonnerie.

11 *juillet.* — Pas de modifications sensibles de la puberté.

1892. *Janvier.* — La lecture est presque courante. En calcul, C... sait faire l'addition et la soustraction. Son caractère s'est beaucoup modifié : il est devenu affectueux, tranquille, serviable.

4 *avril.* — Envoyé en cellule pour avoir, à l'aide d'une fausse clé, volé du vin dans une des armoires du réfectoire.

*Juin.* — Lit couramment, s'exprime correctement. Commence à faire la multiplication et de petits problèmes. Mémoire bonne. Caractère parfois rebelle, mais en somme

bien amélioré. C... ne montre aucune aptitude à l'atelier de cordonnerie où il a été envoyé à son entrée à la grande école.

*Juillet.* — *Puberté* : Léger duvet aux joues; — quelques poils au pénil. — Verge longueur : 0,06; circonférence : 0,05. Les testicules sont de la grosseur d'un œuf de petit oiseau. le droit descend un peu plus bas que le gauche.

1893. *Janvier.* — C... fait beaucoup de progrès au point de vue intellectuel. Au point de vue moral, les progrès sont nuls. L'enfant redevient turbulent, impoli, taquin.

*Juillet.* — C... passe de l'atelier de cordonnerie dans l'atelier de couture, il est très courageux. Il sait faire les coutures et les boutonnières. Il commence à faire le gilet.

*Août.* — *Puberté.* Aucune modification appréciable.

1894. *Janvier.* — A l'école, C... fait des progrès sensibles. Caractère toujours difficile. Déchire ses livres, ses cahiers. — A l'atelier, il fait beaucoup de progrès.

*Juin.* — Son caractère se porte de plus en plus vers le mal. Il devient menteur et accuse ses camarades innocents des méfaits qu'il commet. Il est voleur, prend, quand il le peut, ce qui a été donné aux idiots.

29 *août.* — *Puberté.* Verge : longueur. 7 mil. 1/2, circonf. 68 mil. Testicules de la grosseur d'un œuf de pigeon.

1895. *Janvier.* — État stationnaire sous le rapport de la conduite et du moral. Progrès sensibles à l'école. Travaille avec plaisir à l'atelier de couture et devient assez habile.

*Juin.* — En orthographe, en histoire et géographie, en arithmétique, ses progrès sont constants. Aucune modification dans le caractère. A l'atelier il fait très bien le pantalon et le gilet et il y est aussi tranquille qu'il est turbulent à l'école.

1896. *Janvier.* — Aucun changement dans le caractère.

*Juin.* — Progrès sensibles eu classe : lit et écrit couramment. Commence à faire la division. Caractère toujours taquin et méchant.

*Décembre.* — Aucune modification dans le caractère.

1896. *Janvier.* — *Puberté.* Visage, thorax glabre. Quelques poils aux aisselles. — Nombreux poils au pubis. — *Verge* longueur : 7 mill., circonférence : 7 mill. — Testicules gros comme un œuf de pigeon. Région anale normale.

*Juillet.* — Un peu d'amélioration dans le caractère. Il est moins méchant, taquine moins souvent ses camarades.

*Décembre.* — Les progrès sont toujours de plus en plus sensibles en classe. Grande amélioration dans le caractère. Il est devenu assidu, courageux et très attentif en classe. — *Puberté* aucun changement.

1898. 18 *février.* — Entré à l'infirmerie. Tousse et crache beaucoup. Amaigrissement prononcé. Pommettes rosées. Respiration courte. — *Soir :* T. R. : 40° ; P. 120.

*Examen des poumons* : Percussion : matité en arrière aux deux sommets. Sonorité exagérée en avant. Auscultation : à gauche, en arrière et en avant, respiration rude et craquements humides. A droite : souffle caverneux en arrière. Quelques bouffées de râle humides en avant. Le cœur est normal. — Pointes de feu aux deux sommets, huile de foie de morue créosotée.

19 *février.* — T. R. *Matin* : 38°,4. — *Soir* : 39°,7.

20 *février.* — T. R. : 39°,2, *Matin* et *Soir.*

21 *février.* — T. R. : 37°,9 et 38°.7.

22 *février* : Le malade se plaint de douleurs du ventre, accompagnées d'une diarrhée abondante. Amaigrissement

23 *février.* — T. R. : 38°,9 et 39°,5.

24 *février.* — T. R. : 39°,2 et 39°,9.

25 *février.* — T, R. : 37°,6 et 39°,4. Diarrhée et douleurs du ventre.

27 *février.* — T. R. : 37°,3 et 39°.1.

28 *février.* — T. R. : 37°,6 et 37°,9.

1er *mars.* — Amaigrissement considérable. Excavation des yeux. Cyanose des lèvres. Ventre douloureux, ballonné. Expectoration impossible. — Diarrhée disparue. T. R. : 37°,5 et 37°,8. L'enfant, en pleine connaissance, meurt à minuit. — *Poids* après décès : 38 kilogr.

| | Températures. | |
|---|---|---|
| | Corps. | Chambre. |
| Aussitôt après la mort........ | 39°,5 | 12° |
| 1/4 d'heure après la mort..... | 38°,2 | 12° |
| 1 — — ..... | 37° | 12° |
| 2 — — ..... | 36° | 12° |
| 3 — — ..... | 35° | 12° |
| 4 — — ..... | 25° | 10° |
| 6 — — ..... | 23° | 10° |
| 9 — — ..... | 20° | 8° |
| 12 — — ..... | 8° | 8° |

| | 1884 | 1885 | | 1886 | | 1887 | | 1888 | | 1889 | | 1890 | | 1891 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Octobre. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. |
| Poids | 16 k. | 16 k. 8 | 15 k. | 15 k. | 16 k. 4 | 17 k. 7 | 18 k. 5 | 19 k. | 19 k. | 20 k. 5 | 22 k. 5 | 23 k. | 24 k. 1 | 26 k. | 28 k. 8 |
| Taille | 1m 03 | 1m 03 | 1m 04 | 1m 06 | 1m 08 | 1m 12 | 1m 14 | 1m 15 | 1m 17 | 1m 20 | 1m 21 | 1m 24 | 1m 25 | 1m 27 | 1m 30 |
| Dynamomètre D | « | « | « | 13 | « | 14 | « | 15 | « | « | 15 1/2 | 20 | « | « | 22 |
| Dynamomètre G | « | « | « | 10 | « | 10 | « | 15 | « | « | 15 | 18 | « | « | 19 |

| | 1892 | | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. |
| Poids | 29 k. | 31 k. | 36 k. | 37 k. | 38 k. | 38 k. 5 | 39 k. | 39 k. 5 | 42 k. | 44 k. | 45 k. | 48 k. 5 | 44 k. 9 |
| Taille | 1m 32 | 1m 32 | 1m 39 | 1m 42 | 1m 45 | 1m 48 | 1m 51 | 1m 53 | 1m 56 | 1m 57 | 1m 58 | 1m 59 | 1m 59 |
| Dynamomètre D | 23 | « | 27 | « | 35 | « | 31 | « | 40 | 40 | 40 | 46 | 51 |
| Dynamomètre G | 21 | « | 25 | » | 35 | « | 29 | « | 40 | 40 | 40 | 45 | 46 |

*Mesures de la tête.*

| | 1888 | 1889 | 1890 | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Janvier. | Juillet. | Juillet. | Juillet. | Juillet. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. |
| Circonférence horizontale maxima... | 51 | 51.5 | 51.5 | 51.8 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 53 | 53 | 54 | 54 | 54 | 55 |
| Demi-circonférence bi-auriculaire.... | 34 | 34 | 34 | 35 | 35 | 35 | 35.5 | 35.5 | 35.5 | 35.5 | 35.5 | 36 | 39 | 39 | 36 |
| Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez........ | 32.5 | 36 | 37 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 |
| Diamètre antéro-postérieur maximum. | 17.6 | 17.6 | 17.6 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18.5 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19.5 |
| — bi-auriculaire.............. | 11.7 | 11.8 | 11.8 | 12 | 12 | 12.6 | 12.6 | 12.6 | 12.7 | 13 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 |
| — bi-pariétal................. | 14.2 | 14.2 | 14.4 | 14.4 | 14.6 | 14.6 | 14.6 | 14.6 | 14.6 | 14.6 | 14.6 | 15 | 15 | 15 | 15.5 |
| — bi-temporal............... | » | » | » | » | » | » | » | » | 11.5 | 11.5 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| Hauteur médiane du front........... | 4 | 4 | 4 | 4.5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

**Autopsie** faite 33 heures après la mort. — TÊTE. *Cuir chevelu :* maigre, pâle, ecchymosé.

*Crâne* ovoïde avec plagiocéphalie (aplatissement du frontal droit et de l'occipital gauche). La coupe est mince, le tissu compacte. Plaques transparentes au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal gauche, de la partie moyenne des temporaux et des fosses occipitales. Toutes les *sutures* persistent sur les deux faces et sont très sinueuses. Os wormien d'un centimètre sur la suture fronto-pariétale gauche.

*Méninges.* — Pie-mère congestionnée. — Granulations de Pacchioni volumineuses. *Adhérences très résistantes à la région frontale* entre les faces internes des deux hémisphères et le long de la scissure inter-hémisphérique.

*Cerveau.* — *Hémisphère gauche.* — *Face externe.* — La *scissure de Sylvius* (Sc. S.) est profonde, normale. — Le rameau antérieur horizontal de cette scissure ainsi que le rameau ascendant sont profonds. — Le sillon de Rolando (S. R.) est large et sinueux; il n'empiète pas sur le bord supérieur de l'hémisphère. La *scissure perpendiculaire externe* (Sc. p. e.) est normale. — La *scissure parallèle frontale* (Sc. p. f.), assez nettement accusée, est interrompue en trois endroits par des plis de passage. — La *scissure frontale supérieure* (Sc. f. s.), trés irrégulière, est très nette, profonde et continue. — La *scissure frontale inférieure* (Sc. f. i.), est irrégulière et profonde, elle communique par un sillon avec la scissure frontale supérieure. — La *scissure interpariétale* (Sc. ip.), assez nettement continue, présente des flexuosités nombreuses. — La *scissure parallèle* (Sc. p.), très accusée, régulière, communique par un sillon avec la deuxième temporale, qui, peu nette, est interrompue par de nombreux plis de passage. L'*incisure préoccipitale* (In. pr.) est peu accusée. Le *lobule orbitaire* (L. O.) est excavé; malgré cette particularité ses scissures et ses circonvolutions sont normales. — La *première circonvolution frontale* ($F^1$), bien développée, est nettement séparée de la frontale ascendante par un sillon large et profond. — La *deuxième circonvolution frontale* ($F^2$) est très-développée ; elle s'implante par un pli de passage mince sur la frontale ascendante ; en son milieu, elle est interrompue par un sillon qui fait communiquer la scissure frontale inférieure. — La *troisième circonvolution frontale* ($F^3$), assez volumineuse, s'implante largement à la base de la frontale ascendante. — Le pied de la troisième frontale est large et bosselé ; il en est de même du cap. — La *frontale ascendante*

(F.A.) est sinueuse, nettement distincte des autres circonvolutions frontales par un sillon pré-rolandique, large et profond : ce sillon n'est interrompu qu'au niveau du pied de la deuxième frontale ; elle est coupée par trois incisures superficielles transversales. La *pariétale ascendante* (P.A.) est étroite, sinueuse ; aux deux extrémités de la scissure de Rolando ses communications sont très nettes avec la frontale ascendante. — Le *pli pariétal supérieur* ($P^1$.) est nettement accusé. — Le *pli pariétal inférieur* ($P^2$.) est entrecoupé par des sillons peu profonds. — Le *pli courbe* ($P^3$.) est normal. — Le *lobe occipital* (L.O.C.) est très-irrégulier parcouru par des sillons nombreux et sinueux. — La *première circonvolution temporale* ($T^1$), peu large, est très-nettement accusée ; elle envoie deux digitations à la partie la plus postérieure du lobule de l'insula. A l'extrémité de la scissure de Sylvius, pli de passage très-développé qui l'unit au lobe pariétal. — La *deuxième circonvolution temporale* ($T^2$.) est unie à la *troième* par un large pli de passage. — La *troisième circonvolution temporale* ($T^3$) n'offre rien de notable.

*Face interne.* — La *scissure calloso-marginale* (Sc. c. m.) est d'une extrême netteté ; elle est profonde et régulière. — La *scissure sous-pariétale* (Sc. s. p.) est naturelle. — La *scissure perpendiculaire interne* (Sc. p. i.) est très-profonde et son extrémité antérieure va jusqu'au bourrelet du corps calleux. — La *fissure calcarine* (F. ca), large et nette, rejoint la scissure perpendiculaire interne. — La *première scissure temporo-occipitale* (Sc. $to^1$) est très nettement et très profondément accusée; son extrémité postérieure va presque rejoindre la scissure perpendiculaire interne. — La *deuxième scissure temporo-occipitale.* (Sc. $to^2$) est peu nette et peu profonde. — La *première circonvolution frontale interne* (F) est large, interrompue par de nombreux sillons, les uns profonds, les autres superficiels. — La *circonvolution* du *corps calleux* (C. C. C.) est très-large à sa partie postérieure ; son bord supérieur qui correspond à la scissure calloso-marginale présente trois proéminences : deux à la partie moyenne, la troisième à la partie postérieure. — Le *corps calleux* (C. C) est normal. — Le *lobule paracentral* (L. P.), bien développé, présente en son milieu un sillon assez profond qui le sépare presque en deux parties dont chacune d'elles offre un petit sillon superficiel. — Le *lobule quadrilatère* (L.Q.), assez volumineux, offre de nombreux sillons irréguliers. — Le *coin* (C.) est au contraire très petit, en quelque sorte dissimulé entre L.Q. et L.O.C. — La *première circonvolu-*

*tion temporo-occipitale* (To[1].) ainsi que la *deuxième* (To[2]), sont normales. — Le *pli pariéto-limbique* antérieur (p.p.a.) est net. — Le *pli pariéto-limbique postérieur* (p.p.p.) est très développé. — La *corne d'Ammon* (C.A.) est grosse, bien délimitée, sans induration ; à sa partie antéro-supérieure on y voit un relief accusé.

*Hémisphère droit. — Face externe.* — La *scissure de Sylvius* est profonde et le *lobule de l'insula* normal. — Le *sillon de Rolando* semble peu sinueux. — La *scissure perpendiculaire externe* est, à son origine, assez nettement accusée. — La *scissure parallèle frontale* est peu longue et profonde. — La *scissure frontale supérieure,* irrégulière, sinueuse, communique par un sillon à sa partie moyenne avec la *scissure frontale inférieure* qui est bien accentuée et bien sinueuse. — La *scissure interpariétale*, interrompue par des coupes prélevées sur cet hémisphère, semble profonde et accentuée. — La *scissure parallèle* est nettement visible ; elle est sinueuse et continue. — La *deuxième scissure temporale* est interrompue par un pli de passage faisant communiquer la *deuxième* et la *troisième temporales*. Le lobule orbitaire, un peu excavé ne semble pas présenter autant de sillons que normalement. — La *première frontale* est assez large, bien développée. La *deuxième frontale* s'implante par un pli de passage sur la *frontale ascendante* ; elle est large. — La *troisième frontale* parait assez développée, les coupes histologiques, prélevées sur l'hémisphère, l'ont en partie entamée. — La *frontale ascendante* est assez étroite ; elle est nettement séparée des circonvolutions frontales par le sillon prérolandique. — La *pariétale ascendante* est étroite surtout dans ses parties moyenne et supérieure ; elle est bien séparée des *circonvolutions pariétales* par la scissure *interpariétale*. — Le *pli courbe*, ainsi que les deux *plis pariétaux supérieur* et *inférieur*, ne présente rien de particulier. — Le *lobe occipital* est normal, entrecoupé de nombreux sillons. — La *première temporale* est étroite, bien délimitée. — La *deuxième temporale* et la *troisième temporale* sont très-accentuées ; elles communiquent ensemble par un pli de passage.

*Face interne.* — La *scissure calloso-marginale* ne rejoint pas tout-à-fait le bec du corps calleux ; elle en est séparée par un pli de passage faisant communiquer la circonvolution du corps calleux avec la frontale interne ; elle est profonde, continue. — La *scissure perpendiculaire interne* est nette, régulière, profonde ; elle n'atteint pas tout-à-fait le bourrelet du

corps calleux. — La *fissure calcarine* rejoint la scissure perpendiculaire interne. — La *première* et la *deuxième scissures temporo-occipitales* présentent leurs caractères normaux. — La *première circonvolution frontale interne* est large, bien délimitée, parcourue par des sillons nombreux qui, en se rejoignant, délimitent des petits îlots. — La *circonvolution* du *corps calleux* est large à sa partie postérieure. — Le *corps calleux* est normal. — Le *lobule paracentral* a été en partie entamé par les coupes prélevées sur l'hémisphère. — Le *lobule quadrilatère* est étroit. — Le *coin*, bien délimité, est de petite dimension. — Le *lobe occipital* présente trois petits sillons qui s'entrecoupent en forme d'H. — Les *circonvolutions temporo-occipitales* (1re, 2e et 3e) n'offrent aucune particularité. — La *corne d'Ammon* est large, assez saillante.

Des deux côtés les *ventricules latéraux* et les *masses centrales* n'offrent pas de lésions. — Plusieurs coupes pratiquées sur les hémisphères cérébraux n'ont fait découvrir aucune lésion macroscopique.

*Moelle.* — L'examen, à l'œil nu, n'offre rien de particulier.

*Cou.* — Pas de *thymus.* — *Corps thyroïde* : le lobe gauche est plus long que le droit; l'isthme est symétrique. Pas de pyramide de Lalouette.

*Thorax.* — *Plèvres* : adhérences pleurales très résistantes dans toute la hauteur de la plèvre gauche. — *Poumon droit* : infiltration caséeuse de tout le lobe inférieur et d'une partie du lobe moyen. Masses tuberculeuses disséminées dans le lobe inférieur. — *Poumon gauche* : cavité au sommet. — Infiltration tuberculeuse dans toute l'épaisseur. — *Cœur* : valvules aortique et mitrale suffisantes. Caillots fibrineux dans le ventricule gauche. Valvules pulmonaires et tricuspide intactes.

*Abdomen.* — *Foie* : un peu gras. Bile épaisse, noirâtre, pas de calculs. — *Intestins* : fausses membranes agglutinant les anses intestinales. — Liquide purulent dans la cavité péritonéade. Anses intestinales rouges et congestionnés. — L'*appendice vermiforme* est en situation postérieure. Il présente trois dilatations qui laissent s'écouler, à l'incision, un liquide purulent. Ganglions mésentériques engorgés. — *Rate* : normale. — *Reins gauche* et *droit* : aucune lésion.

*Poids des Organes.*

Encéphale .............................................. 1.370

| | |
|---|---|
| Hémisphère cérébral droit | 595 |
| — — gauche | 590 |
| Cerveau | 1.185 |
| Cervelet et isthme | 185 |
| Hémisphère cérébelleux droit | 80 |
| — — gauche | 85 |
| Bulbe et protubérance | 20 |
| Moelle épinière | 40 |
| Corps thyroïde | 20 |
| Cœur | 200 |
| Trou de Botal | oblitéré |
| Paumon droit | 575 |
| — gauche | 795 |
| Foie | 1.300 |
| Rate | 110 |
| Capsule surrénale droite | 7 |
| — — gauche | 8 |
| Rein droit | 115 |
| — gauche | 120 |
| Pancréas | 30 |

RÉFLEXIONS. — I. Du côté du père nous n'avons à relever que l'*alcoolisme*. Les renseignements font défaut sur sa famille. — Du côté de la mère, bien que les renseignements soient un peu incomplets, nous notons chez elle un *tempérament nerveux* et des *céphalalgies* ; — chez le grand père des *excès de boisson* ; — chez un grand oncle, le *bégaiement* et la *folie* ; — chez un autre l'*arriération intellectuelle* ; — des *convulsions* et une *méningite tuberculeuse* (?) chez un demi-frère maternel ; — de l'*arriération intellectuelle* chez un autre qui a eu des *convulsions* ; — enfin des *convulsions* chez un cousin germain.

II. Nous ignorons si la *conception* a eu lieu pendant l'ivresse. Quant à la *grossesse*, la mère avoue avoir exercé une constriction prolongée sur le ventre et avoir eu de nombreux ennuis.

III. C... aurait été *normal* jusqu'à quatre ans. A cette époque, après un mois de prodrômes, il est pris d'une fièvre typhoïde avec accidents cérébraux ou de *méningite*. Consécutivement, on note une *paraplégie*

avec *affaiblissement de l'intelligence* et *embarras de la parole* : d'où les *lésions cérébrales* constatées et probablement des *lésions spinales*.

Les autres accidents survenus ensuite : accès de colère, clastomanie, cris aigus, violences envers sa sœur, son frère et les autres enfants, voracité, etc., nous ont paru, pendant la vie, devoir être rattachés à des lésions de *méningite*, opinion que l'autopsie a confirmée.

IV. La description somatique du malade laisse à désirer, en ce sens surtout que l'on a omis de relever avec détails les caractères de sa paralysie. Les membres supérieurs étaient égaux et assez bien développés. Les explorations dynamométriques ont montré que la force musculaire était peu différente entre les deux côtés.

Les *membres inférieurs* étaient plutôt grêles et le gauche notablement plus que le droit, qui se terminait par un *pied bot varus* très prononcé. (PL. IV). Les renseignements donnés sur la *marche* (p. 43) ne laissent aucun doute sur la réalité d'une *paraplégie* prédominant à gauche.

V. La *tête* a augmenté progressivement de volume dans tous ses diamètres. — De 1884 à 1898, le *poids* s'est élevé de 16 kilog. à 44 kilog. 9 et la *taille* de 1m 03 à 1m 59. D'après les tables de Quételet, chez les enfants normaux, à l'âge de 19 ans (époque de la mort de notre malade) la moyenne de la taille serait de 1m 65. D'où il suit que, à cet égard, C... était resté, au-dessous de la moyenne. En ce qui concerne le *poids*, nous ne pouvons faire aucune comparaison car, après avoir atteint 48 kil., 300 en juillet 1897, le malade est tombé à 38 kilogr. au jour du décès (1).

(1) D'après Axel Key, à 19 ans, la moyenne du poids chez les normaux serait de 62 kilogr. Selon d'autres, il ne serait que de 57 kil., 600.

VI. Les lésions cérébrales consistaient, ainsi que nous l'avons vu, en une *méningo-encéphalite* circonscrite à la face interne des lobes frontaux. C'est leur localisation et leur limitation, avec un retentissement limité sur le reste du lobe frontal, qui a permis d'améliorer, dans d'assez grandes proportions, l'état intellectuel et moral de C... Bornons-nous à rappeler qu'il était parvenu à lire couramment, à écrire, à connaître les quatre règles et, à l'atelier de tailleur, à faire très-bien le pantalon et le gilet. On voit donc que, dans certains cas de méningo-encéphalite, il est même possible d'obtenir une amélioration sérieuse et de rendre utiles des malades que, *à priori,* on considère souvent comme tout-à-fait incurables.

VII. Nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur la nature des *lésions médullaires* qui ont occasionné la *paraplégie* et de donner un *examen histologique* détaillé.

---

V.

## Inégalité de poids des hémisphères cérébraux;

Par **BOURNEVILLE.**

Vieille question pour nous, car elle a été le sujet de notre premier travail ou mémoire personnel (1). Nous n'en ferons pas l'historique. Nous nous bornerons à rappeler qu'un mémoire comprenant presque toutes — sinon toutes — les pesées des cerveaux des femmes de l'hospice et du quartier d'aliénées de la Salpêtrière du 1er janvier au 31 décembre 1866, déposé chez M. Baillarger pour le prix Esquirol, a été... égaré et jamais retrouvé. Nos collègues, les internes de 1866 (2), nous avaient laissé la faculté de procéder à toutes les autopsies qu'ils ne faisaient pas eux-mêmes et, pour les autres, nous avaient autorisé à prendre les pesées du cerveau. Le *Journal de neurologie* du 30 mars dernier renferme une très intéressante observation de M. le Dr Bouchaud relative à un cas d'*hémiplégie infantile* compliquée d'*épilepsie*, terminé par la mort à 43 ans, dans lequel nous relevons le passage suivant :

« L'atrophie de l'hémisphère gauche du cerveau était des plus considérable, comme l'indique la différence de poids entre les deux hémisphères. Cette différence s'élevait, comme nous l'avons dit, à 335 gr. Une pareille atrophie n'a été observée que par Jendrassick et Marie, qui ont rapporté un cas où le poids de l'hémisphère gauche était de 464 gr. inférieur à celui de l'hémisphère droit. »

---

(1) ***Mémoire sur l'inégalité de poids des hémisphères cérébraux des épileptiques.*** **Paris, 1861 (Ext. du *Journal des connaissances médicales*, nos 17, 18, 19). — (2) Bouchard, Bouchereau, Carville, Duprat, Habran, Laburthe, etc.**

| Noms. | Age. | Diagnostic. | Poids de l'hémisphère cérébral droit. | Poids de l'hémisphère cérébral gauc. | Différence. | Observations. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gaut............ | 13 ans | Imbécillité. Hémiplégie droite. | 665 | 455 | **210** | » |
| Gaill............ | 10 ans | Idiotie et épilepsie symptomatiques de pseudo-porencéphalie unilatérale et de méningo-encéphalite. | 477 | 1255 | **222** | Obs. pub. C-r. 1897, p. 54 |
| Nar............. | 11 ans | Alcoolisme. Hémiplégie gauche et épilepsie consécutives. Sclérose atrophique. Pachyméningite et méningo-encéphalite. | 310 | 570 | **260** | — 1896, p. 207 |
| Hug............ | 4 a. 1/2 | Idiotie symptomatique de sclérose atrophique de l'hém. g. et de méningo-encéphalite de l'hémisphère droit. | 460 | 200 | **260** | — 1892, p. 132 |
| Doucer.......... | 21 ans | Imbécillité prononcée. Hémiplégie droite. Epilepsie. | 465 | 185 | **280** | — 1896, p. 82<br>A. de N., 1896, t. I, p. 186 |
| Duf............ | 15 ans | Pseudo-porencéphalie. Hémiplégie gauche. Epilepsie. Déchéance. | 240 | 560 | **320** | Obs. pub. C-r. 1895, p. 53 |

Nous avons soin, dans toutes nos autopsies, de faire les pesées de l'encéphale, des hémisphères cérébraux et cérébelleux. Parmi les très nombreux cas d'inégalité des hémisphères cérébraux que nous avons relevés et qui sont indiqués sur le *Catalogue* de notre Musée de Bicêtre, nous citerons, dans le tableau qui précède, les cas dans lesquels l'inégalité a été la plus accusée.

Si l'on réfléchit que les cas qui précèdent concernent des enfants, on voit que les différences notées sont très considérables et peuvent être comparées avec celle sur laquelle insiste M. le D[r] Bouchaud. Nous reviendrons ultérieurement sur cette question et nous indiquerons en même temps les pesées des hémisphères cérébelleux.

---

VI.

## Etat du faisceau pyramidal (bulbe et moelle) dans quatre cas de contracture spasmodique infantile (syndrome de Little) ;

PAR CH. PHILIPPE ET CESTAN.

Nous avons entrepris quelques recherches pour déterminer quel est l'état du *faisceau pyramidal* dans la *contracture spasmodique* des *encéphalopathies infantiles*. Ce syndrome a encore été appelé par Little « rigidité spasmodique ». M. le Dr Bourneville a bien voulu nous permettre de mettre à profit, dans ce but, plusieurs autopsies provenant de son service des enfants arriérés à l'hospice de Bicêtre. Nous avons examiné quinze cas, dont quatre seulement seront rapportés dans cette note ; quant aux autres, les phénomènes cliniques et les lésions constatées au microscope, nous ont paru encore trop complexes ; pour le moment, nous ne saurions en donner une interprétation suffisamment précise. Voici d'abord, le résumé clinique et les lésions cérébrales constatées à l'œil nu.

OBSERVATION I. — Jeanne Maqu.... née le 24 juillet 1892. Pas d'antécédents héréditaires, enfant venue en état d'*asphyxie* prolongée. Dès le troisième jour, convulsions qui se sont renouvelées depuis, plusieurs fois par jour. Elle n'a jamais ni parlé ni marché ; — cécité dès la naissance. En juin 1895 : aux membres supérieurs, *contractures* prédominant à droite et aux extrémités (doigts fléchis dans la paume de la main) ; quand on essaie de provoquer quelques mouvements, on produit la rigidité des muscles. Aux membres infé-

rieurs : *contractures généralisées* des deux côtés, avec flexion et adduction de la cuisse, pied bot en valgus équin. *Exagération des réflexes rotuliens* des deux côtés ; ils se produisent à la plus légère percussion. Morte le 13 mai 1896 de tuberculose pulmonaire. — *Autopsie* : au cerveau, pachyméningite généralisée, du type fibreux, avec atrophie considérable des circonvolutions. (Cette observation a été publiée *in extenso* dans le Compte-rendu de 1896, p. 33).

OBSERVATION II. — Charles Han..., né le 2 novembre 1884. Père alcoolique. Accouchement à terme sans asphyxie, mais avec trois circulaires du cordon ; grossesse conpliquée d'hydramnios. A 7 mois, convulsions, souvent répétées depuis. En avril 1895, facies d'hydrocéphale. *Contracture spasmodique* dans les membres inférieurs, avec *grosse exagération des réflexes rotuliens*. Mort le 22 mars 1896 de scarlatine maligne. — *Autopsie :* au cerveau, pie-mère adhérente au niveau du lobe temporal. Hydrocéphalie ventriculaire considérable ; chaque hémisphère est réduit à quelques centimètres de substance nerveuse.

OBSERVATION III. — Claudia Biol...., née le 24 octobre 1885. Renseignements insuffisants sur la famille. Accouchement normal ; pas d'asphyxie. L'enfant aurait eu les bras contournés à la naissance (?). — En juin 1897 : *contractures généralisées* aux quatre membres. Idiotie. Gâtisme. Marche impossible. Morte le 5 mars 1897 de broncho-pneumonie aiguë. — *Autopsie* : au cerveau, lésions atrophiques de quelques circonvolutions (à droite : pariétale ascendante, partie moyenne de la première et de la deuxième circonvolution temporale. A gauche : pariétale ascendante).

OBSERVATION IV. — Louis Dalon..., né le 3 novembre 1877. Père alcoolique. Accouchement facile ; grossesse normale. A un an, début des convulsions ; établissement des crises épileptiformes, très fréquentes (dix à quinze par jour). Hémiplégie gauche à la suite des premières crises. En juin 1894 : *contractures spasmodiques* du bras gauche, avec mouvements athétosiformes de la main ; *hémiplégie spasmodique* gauche. Mort le 20 avril 1895 de rougeole maligne. — *Autopsie :* au cerveau, légère atrophie de la partie postérieure de la première circonvolution temporale droite ; de ce côté, les noyaux gris centraux paraissent plus petits.

Ainsi, dans ces quatre cas, le syndrome clinique prédo-

minant a été la *contracture spasmodique vraie*, comme l'entendait Little. Les photographies que nous faisnos passer sous les yeux des membres de la Société sont très suggestives, et le démontreraient à elles seules ; elles ont été empruntées à la belle collection de M. Bourneville.

Nous avons examiné au microscope le bulbe et la moelle (renflements cervical et lombaire, région dorsale). Les coupes ont été traitées par le procédé de Weigert-Pal (gaines de myéline), et par le picro-carmin ammoniacal de Ranvier (tissu conjonctif et névroglique). Les résultats de notre double examen ont été identiques dans tous les cas : *faisceau pyramidal normal, sans sclérose ni agénésie, au bulbe comme aux principaux niveaux de la moelle.*

Il est inutile de rappeler ici les nombreuses théories, édifiées surtout dans ces dernières années pour établir la physiologie pathologique de la rigidité spasmodique infantile, ou syndrome de Little. Pour le moment, nous nous contenterons de faire observer que plusieurs de ces théories incriminent une lésion du faisceau pyramidal (sclérose ou agénésie). A ces dernières théories, nos cas ne sont pas favorables, puisqu'ils démontrent que la rigidité spasmodique infantile peut exister sans la sclérose ou l'agénésie des fibres pyramidales. Nos quatre cas viennent s'ajouter aux quatre observations, publiées d'ailleurs à d'autres points de vue, par Binswanger, Railton et Ganghofner. Nous nous demandons si la lésion essentielle de la rigidité spasmodique infantile ne doit pas être cherchée plutôt du côté de la cellule ganglionnaire des cornes antérieures de la moelle, comme Charcot l'avait expressément dit en 1874. De même, tout récemment, dans plusieurs leçons cliniques, M. le Pr Raymond a insisté sur l'impossibilité d'expliquer tous les cas de contracture spasmodique par la lésion des fibres pyramidale (1).

(1) Cette note a été communiquée à la *Société de biologie* dans la séance du 18 décembre 1897.

VII.

## Manie de l'adolescence avec nymphomanie ; guérison ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **KATZ**.

La plupart des médecins qui n'ont jamais visité les services consacrés aux enfants atteints de *maladies nerveuses et mentales* ne se rendent pas du tout compte de la variété des maladies nerveuses infantiles qui y sont traitées. On les bloque tous sous le nom d'*idiots* ; on les suppose *incurables*, bien à tort ; on donne quelques paroles de consolation aux familles : on leur laisse espérer qu'à 7 ans,— (si l'enfant est moins âgé) il pourra survenir une amélioration; — qu'à 13 ou 14 ans, si l'amélioration prévue à 7 ans ne s'est pas produite, il y aura progrès. Autant d'espérances illusoires, autant d'aggavations de la maladie.

Les services spéciaux ne reçoivent pas seulement des enfants atteints des diverses formes d'idiotie, symptomatiques de nombreuses maladies nerveuses, mais encore des enfants affectés de *chorée* avec *troubles psychiques* (voir l'Obs. publiée dans le n° 0, du *Progrès médical* 1898, t. 00, p. 000), ou des enfants atteints des formes les plus variées de l'*aliénation mentale*. Aux observations que nous avons relatées depuis 20 ans, et dont la plupart ont été consignées dans nos *Compte-rendus* de 1880 à ce jour, nous ajouterons la suivante, relative à une jeune fille, une adolescente de 13 ans,

affectée d'une manie tout à fait typique et analogue à l'une des variétés de la *manie des adultes.*

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier, sauf quelques douleurs rhumatismales. — Grand-père maternel, mort « brûlé par l'alcool. » — Arrière grand-père maternel sujet à des idées noires, suicidé par empoisonnement. — Arrière grand-oncle paternel sourd-muet. — Grand-oncle paternel, excès alcooliques, cancer probable de l'estomac. — Grand-oncle paternel convulsions de l'enfance. — Oncle paternel, excès de boisson. — Mère, obèse, céphalalgies. — Grand' mère maternelle rhumatisante et cardiaque. — Arrière grand-père maternel, excès de boisson. — Arrière grand' mère maternelle morte subitement. — Grand-oncle maternel suicidé par pendaison. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans. — Frère mort de convulsions.*

*Première dent à 6 mois. — Début de la marche à 9 mois, de la parole à un an. — Rougeole à 18 mois, coqueluche à 20 mois. — Réglée à 11 ans et demi, naturellement. — Certificat d'études à 11 ans, puis apprentissage comme couturière. — Fréquentations suspectes : rapports sexuels, crainte d'être enceinte. — En décembre 1897, émotion vive, à l'église, durant un sermon sur la mort. — Persistance de l'impression, sommeil mauvais, agité, peurs constantes, tristesse, modification du caractère, instabilité, paresse, coprolalie, actes de violence ; — bave, déclamation. — Placement à la Salpêtrière puis à l'Asile clinique, enfin à la fondation Vallée.*

*Description de la malade (avril). Alternatives d'agitation et de dépression. — Insomnie, coprolalie, actes obscènes. — Violences. — Gâtisme. — Impulsions génitales persistantes. — Amaigrissement progressif considérable. — Crainte de tuberculose pulmonaire. — Amélioration progressive au point de vue psychique et physique (Juin-Juillet). — Guérison (Octobre). — Réapparition des règles en novembre apres une suspension de 11 mois. — La guérison se maintient. (Décembre).*

B..... (Célestine), 13 ans, née à A... (Seine), le 1er février 1885, est entrée dans le service le 6 avril 1898.

*Renseignements fournis par sa mère* (8 avril 1898). — PÈRE, 41 ans, cultivateur, sobre, ne fume pas, grand, fort, a toujours été d'une santé florissante. Pas de convulsions dans l'enfance ; pas de fièvre typhoïde, ni de migraines, ni d'affec-

tions cutanées, ni d'indices de syphilis; de temps en temps, douleurs articulaires ne nécessitant jamais l'alitement.

*Famille du père.* — *Père*, grand buveur de vin et de rhum, mort à 51 ans « *brûlé par l'alcool* », aurait dit le médecin traitant. — *Mère*, obèse, porteuse d'une grosse hernie ombilicale, morte à 47 ans à la suite de vomissements tenaces de toute parcelle alimentaire qu'elle ingérait. — *Grand-père paternel* décédé à 67 ans, à la suite de contrariétés dues à l'inconduite de son fils. — *Grand'mère maternelle* morte à 67 ans, « usée par le travail » ; pas de paralysie. — *Grand-père maternel*, sujet à des *idées noires*, s'est *empoisonné* en absorbant une dose exagérée de pilules, sobre, aurait eu une maladie du pylore (?). — *Grand'mère maternelle* morte à 71 ans, sans paralysie. — Un *grand-oncle paternel* était *sourd-muet*, ne s'est pas marié. — Deux *oncles paternels* : un est mort d'« *excès alcooliques* qui auraient déterminé une *maladie du pylore*; a eu 12 enfants, dont 6 morts en nourrice, on ignore de quelles maladies. Parmi les survivants un a eu des *convulsions* à 3 ans; il s'est marié, a un enfant intelligent, non nerveux. Il n'est pas ivrogne, mais a peu de volonté; aussi se laisserait-il entraîner à boire : « il s'oublierait, s'il n'était retenu. » — L'autre oncle, bien portant, a eu 13 enfants dont 6 sont morts en bas âge, en nourrice. On ne croit pas qu'ils aient eu des convulsions. — Une *tante paternelle*, bien portante, sobre, a eu 4 enfants; deux sont morts en nourrice, on ne sait de quoi; les autres, en bonne santé, ont des enfants non nerveux. — Une *tante maternelle*, morte vers 35 ans de variole, a eu trois enfants qui eux-mêmes ont des enfants n'offrant aucune particularité. — Un *frère* (aîné), nerveux, aurait tendance à boire s'il n'était surveillé; très violent lorsqu'il a bu; a deux enfants très calmes « qui ne tiennent nullement du père ». — Quatre *sœurs*, toutes mortes en nourrice, on ne sait de quoi. — Dans le reste de la famille du père, pas d'aliénés, ni d'épileptiques, ni bègues, ni pieds bots, ni d'autres sourds-muets.

MÈRE, 37 ans, ménagère. Pleurésie à 13 ans; à partir de 14 ans, obésité progressive : « à 15 ans j'étais déjà aussi grosse que maintenant ». Pas de chorée, pas de convulsions ni fièvre typhoïde. Réglée sans accidents à 11 ans et demi, régulièrement; depuis 3 ans, elle a, au moment des règles, des *céphalalgies* fortes qu'elle guérit à l'aide d'une potion contenant de l'analgésine et de l'aconit. Mariée à 19 ans, sobre; fluxion de poitrine, il y a un an, nécessitant un alitement de 18 jours;

*Famille de la mère.* — *Père*, cultivateur, mort à l'âge de 60 ans d'artério-sclérose avec emphysème, ; les dix dernières années de sa vie il ne pouvait plus travailler à cause de la production d'une cataracte de l'œil gauche et d'un amaigrissement progressif ; n'a jamais fait d'excès d'alcool. — *Mère*, a eu, à 35 ans, une forte attaque de rhumatisme qui se complique d'une affection cardiaque et elle meurt à 41 ans à la suite d'attaques subintrantes d'asystolie. — *Grand père paternel*, mort à 71 ans : *excès d'alcool* par occasion ; a toujours souffert d'asthme. — *Grand'mère paternelle*, asthmatique aussi ; morte à l'âge de 60 ans ; elle aurait eu 12 enfants. — *Grand'père maternel*, sobre, mort à la suite d'un accident (chute d'une échelle avec traumatismes graves). — *Grand'mère maternelle* morte à 64 ans, subitement, a toujours été bien portante. — Cinq *oncles paternels*, dont deux morts : l'un d'eux à la suite d'une chûte sous les roues d'une charrette, fut tellement impressionné qu'il devint triste, et 15 jours après il se *pend* ; pas de renseignements sur la mort de l'autre oncle. Les trois oncles vivants sont sobres et n'offrent rien à noter. — Trois *tantes paternelles* : une est morte de pleurésie à 42 ans, les autres sont sobres et très bien portantes. — Plusieurs *oncles maternels* morts jeunes en nourrice. — Une *tante maternelle* décédée à l'âge de 9 ans, on ne sait de quoi. — Cinq *frères*, tous morts en bas âge : les uns de rougeole, les autres de diarrhée ; pas de convulsions chez aucun d'eux. — Dans le reste de la famille, rien à signaler, ni idiots, ni aliénés, ni épileptiques, etc.

Pas de consanguinité. — Différence d'âge des père et mère : 4 ans.

Trois *enfants* : 1° garçon de 16 ans, né trente mois après le mariage, sobre, travailleur, n'a jamais eu de convulsions ; — 2° garçon ; trois jours après sa naissance, il fut mis en nourrice où il est mort, à l'âge de 15 jours, de *convulsions* ; — 3° *notre malade*.

**Notre malade.** — Rien à noter en ce qui concerne la *conception*. — La *grossesse* a été très bonne ; pas de traumatisme ; pas de chagrins ni d'attaques de nerfs ; pas d'enflure des jambes, pas de vomissements ; « l'enfant a remué très tôt. » — *Accouchement* à terme, normal ; présentation du sommet. — A la naissance, pas d'asphyxie ; elle a crié tout de suite. — Elevée, par une nourrice, au sein jusqu'à deux ans, n'est reprise par ses parents qu'à l'âge de trois ans. Première dent à 6 mois ; dentition complète à 2 ans. Début de la marche à 9

mois, de la parole vers un an et parle « très bien » à 15 mois.

Rougeole à 18 mois ; coqueluche légère à 20 mois ; pas de scarlatine, ni de fièvre muqueuse, ni de croup ni oreillons ; ni chorée, ni convulsions d'aucune sorte ; pas d'attaque d'hystérie ou d'épilepsie.

Pas de traumatisme. — Impétigo du cuir chevelu à 5 ans, ni otite, ni ophtalmie, etc. — Ascarides lombricoïdes vers 3 ans. A cinq ans elle commence à fréquenter l'école communale et à 11 ans elle obtient son certificat d'étude. L'enfant a toujours eu une conduite irréprochable, respectueuse pour ses parents, diligente, très sociable ; cependans elle n'a jamais été gaie, ni joueuse et n'aimait point les jeux bruyants : elle était plutôt grave, soucieuse, réservée. Réglée facilement à 11 ans et demi ; menstruation régulière et indolente jusqu'il y a quatre mois.

Après son certificat d'étude, elle entra comme apprentie dans une atelier de couture. Parmi ses camarades une lui aurait appris toutes sortes de choses « sur la femme » qu'elle ne connaissait pas auparavant. Pas d'onanisme, dit-on ; non querelleuse, sommeil bon, jamais de cauchemars, etc.

Le 10 décembre, elle va avec sa mère et sa petite filleule entendre le sermon d'un missionnaire. Le sujet du sermon était une « dissertation sur la mort ». Or, la lumière qui traversait les vitres de l'église se réflétant sur sa jeune filleule lui donne une teinte pâle ; à un moment donné, notre malade, très impressionnée par les paroles du missionnaire, se retourne, voit le visage pâle de sa filleule, la croit morte, s'en effraie et crie en pleine église : « Ah ! maman, j'ai peur que Jeanne ne soit morte ! » Rassurée par sa mère, elle continue à écouter le sermon, mais rentrée chez elle, elle est tout entière sous l'impression de son émotion. Toute la nuit elle est agitée et ne peut fermer l'œil « par peur ». Le docteur Michaut consulté le lendemain. conseille de distraire l'enfant. Les parents l'envoient à Paris, chez une tante, où elle reste huit jours ; pendant tout ce temps, elle est triste, sans entrain. *Les règles qui devaient venir quelques jours après le sermon n'ont point paru, ni depuis.*

Rentrée chez ses parents, elle continue à être triste pendant un mois, parlant sans cesse de la mort, s'imaginant voir mourir les uns ou les autres de sa famille. Puis elle commence, vers la mi-février, à devenir capricieuse, désobéissante, paresseuse : « elle se mettait à tout, mais ne finissait rien. » Aux remarques de ses parents, elle répond par des insolences

d'abord, puis par des grossièretés d'une trivialité excessive : vache, con, putain, etc. ; pas de gestes obscènes. Peu à peu, elle perd toute retenue et insulte toute personne qui l'approche en la couvrant d'injures. La vie dans la famille devient intenable et les parents se décident à la placer dans un hospice. Elle est d'abord conduite à la Salpêtrière (service de M. Déjerine) où elle ne reste que quelques jours. Comme elle troublait le repos des autres malades, on fait un certificat d'aliénation mentale. Mais, au lieu de la faire passer dans le quartier contigu des enfants aliénées, on la conduit à l'Asile Clinique d'où, au bout de quatre ou cinq jours durant lesquels elle a été très excitée, violente, griffant les personnes, donnant des coups de poing, bavant sans cesse, déclamant, elle est enfin transférée dans notre service.

**État actuel.** (6-7 *avril.*) — Ce qui frappe tout d'abord c'est la régulière alternative de crises d'excitation et de dépression de l'enfant. Au moment de notre examen, elle donne l'impression d'une complète hébétude. Les yeux sont hâves, le regard est éteint, fatigué, la résolution musculaire est presque absolue; l'enfant est plongée dans une sorte de torpeur et toutes nos questions restent sans réponse. Puis, au bout d'une demie heure, elle passe sans transition de cet état de prostration à un état d'agitation violente.

Deux séries de troubles, évoluant simultanément, caractérisent ces périodes d'excitation : c'est d'une part un trouble mental évoluant avec tous les caractères de la manie, c'est d'autre part des manifestations se rattachant à une perversion des instincts sexuels surtout.

L'enfant ne peut concentrer sa pensée sur une idée quelconque ; les questions posées ne sont pas saisies, l'enfant, autrefois très portée à la réflexion et au jugement juste, est incapable d'une réponse sensée; son esprit est emporté, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, ses idées viennent, s'en vont, ne s'enchainent point, sont incohérentes; aussi est-il difficile de comprendre ce qu'elle dit; ses phrases n'ont aucune liaison, aucun esprit de suite.

Phénomène curieux, son *langage écrit,* dans une lettre que nous reproduisons, ne rappelle nullement dans ses deux premiers tiers, les troubles du *langage parlé ;* elle écrit à sa mère correctement d'abord, sans faute grave de style ou d'orthographe et termine par des propos orduriers.

La *mémoire* est conservée ; les *sensibilités spéciales* ne présentent aucun trouble; en revanche, la *sensibilité cutanée* semble affaiblie et ceci des deux côtés du corps.

8 avril 1898.

Chère maman, cher papa,

Je voudrais m'en aller tout de suite à la maison parce que je m'ennuie beaucoup de vous et de ma petite chérie de filleule. Vous m'en voudrez pas si j'écris mal et si je fais des fautes, au moment que je vous écris je suis entrain d'attendre le médecin pour me donner la permission de m'en aller chez nous, il y a encore une vache, un con, une tante, une putain, une saleté une dégoutante, on m'a attaché les mains.

Quant à la *perversion sexuelle*, elle se manifeste non seulement par les ruses que C... emploie pour être seule, afin de s'adonner à l'onanisme, mais aussi dans l'exhibition des organes génitaux, dans les propositions qu'elle fait au personnel (infirmières, internes) et dans les propositions, les tentatives de débauche à l'égard de l'infirmière qui la soigne....

L'*examen physique* révèle les particularités suivantes :

*Tête* arrondie, symétrique ; cheveux chatains, denses ; pas d'anomalie du tourbillon ; pas d'épi, ni de cicatrices ; bosses frontales saillantes, séparées par un léger sillon frontal assez appréciable au palper. — *Face* allongée, un peu bouffie ; une cicatrice au niveau du sourcil gauche due à une chute ; cils nombreux, arcades sourcilières proéminentes. — *Yeux* très fatigués ; pas de blépharite, légère hyperémie des conjonctives ; pas de kératite. Pupilles très dilatées, égales, ne réagissant qu'à peine à la lumière, encore moins à l'accommodation ; acuité visuelle normale. *Nez* droit, narines béantes ; pas de coryza, ni d'hypertrophie des cornets ; *odorat* normal. — *Bouche* grande ; lèvres épaisses surtout l'inférieure. Langue pâteuse ; voile insensible ; déglutition normale. Amygdales saillantes ; respiration buccale ; voix nasonnée. *Dentition* : aucune anomalie d'implantation ; légères et multiples érosions au niveau du bord libre des incisives supérieures; *Oreille* externe normalement écartée de la base du crâne . hélix bien ourlé ; pas de tubercule de Darwin, ni de bifidité de la conque ; pas d'écoulement d'oreille. *Ouïe* normale. — Menton arrondi ; pas de prognathisme de la mâchoire.

*Cou* : 36 centimètres à la partie moyenne, bien conformé. — *Larynx* normal. — *Glande thyroïde* accessible à la palpation.

*Thorax* : amaigrissement notable des muscles thoraciques ; aucune déformation ni de la colonne dorsale, ni du squelette sternocostal. L'examen de l'*appareil respiratoire* et du *cœur* est négatif.

Aucun trouble moteur, ni trophique des *membres supérieurs* et *inférieurs* qui sont régulièrement conformés.

*Puberté et organes génitaux.* — Poils assez abondants sous les *aisselles* où existe une sécrétion sudorale abondante malgré les soins de propreté. — Les *seins* sont symétriques et mesurent 11 centimètres dans le sens horizontal et 13 dans le sens vertical; *aréoles* rosées avec deux rangées circulaires de glandes sébacées assez proéminentes ; *mamelons* peu prononcés. Pénil bien garni de poils noirs. — *Grandes lèvres* épaisses, un peu accolées par des mucosités filantes, blanches, qui tachent le linge sans l'empeser. — *Petites lèvres* flasques, complètement cachées par les grandes lèvres. Clitoris très développé. — *Fourchette* profonde. — *Hymen* circulaire, *frangé, laissant très facilement pénétrer l'index* : Tout indique que l'enfant a eu des *rapports sexuels* bien que les parents n'aient aucun renseignement à cet égard et qu'ils affirment n'avoir jamais remarqué d'onanisme.

*Traitement* : Isolement, bains prolongés, chloral bromuré.

8-9 *avril.* — Sommeil mauvais, agitation, injures grossières à son infirmière : vache, salope, fumier, andouille, etc. Elle essaye de la mordre, de lui arracher les cheveux, s'approche d'elle en sourdine et cherche à placer ses mains sous ses jupes. — Les nuits ont été plus mauvaises que les journées : toutefois, dans la nuit du 9, elle est allée seule aux cabinets et, le matin, elle s'est habillée sans aide.

10 *avril.* — Impulsions génitales ; mêmes tentatives envers l'infirmière, à plusieurs reprises : « Allez-vous bientôt avoir un bébé ? « Quand allez-vous accoucher ? » « Quand votre mari vous a-t-il fait cela ? Je voudrais voir, quand votre mari se retire, s'il est bien vrai qu'il sort de la mousse blanche de son instrument ? » — Dans la journée ayant vu passer un infirmier devant les cellules, elle l'a appelé pour qu'il lui prête « sa boutique » afin qu'elle la mette dans la sienne ou que, s'il le préférait, il se servirait de ses deux doigts pour la chatouiller, que cela lui faisait du bien et autres choses du même genre. Dans l'après-midi, l'infirmière l'a surprise se masturbant; puis retirant sa main, elle voulut lui faire sentir l'odeur de ses doigts, disant que cela sentait mauvais. Elle lui dit qu'elle connaissait un jeune garçon de 15 à 16 ans, F....., qui l'amusait bien fort de cette façon ainsi que de l'autre ; qu'en son absence elle se chatouillait toute seule avec deux doigts, que cela lui faisait du bien.

11 *avril.* — Surexcitation très vive dans la journée ; mêmes impulsions; nuit satisfaisante. B..... mange à peine.

13 *avril.* — Les deux dernières nuits ont été bonnes ; même excitation durant le jour, insulte son infirmière, lui donne des coups de coude dans le ventre, cherche à cracher dans ses aliments. Quant à elle, elle mange toujours très peu. (Manchon.)

14-15 *avril.* — Le sommeil est assez bon, la malade mange très peu ; en se promenant dans le préau, elle est tombée et s'est fait une plaie à l'arcade sourcilière gauche ; elle prend toujours une très petite quantité d'aliments. Elle veut que l'infirmière l'embrasse : « Embrassez-moi de bonne volonté ou je vous étrangle ». Parfois l'excitation se calme et B... est abattue, reste assise, la tête entre ses mains et ne répond pas quand on la questionne. — Toux et expectoration ; râles disséminés dans la poitrine. — Elle quitte les cellules et nous essayons de la maintenir à l'infirmerie.

16 *avril.* — Agitation toute la nuit, toux, grossièretés, danse, chante.

17 *avril.* — Ayant été réveillée par plusieurs enfants qui s'étaient réveillées en pleurant, elle se lève précipitamment sous prétexte de les calmer, se jette sur l'une d'elles, qu'elle aurait étouffée sans l'intervention de la veilleuse. Peu après, elle a recommencé, puis s'est endormie d'un sommeil très agité. A son réveil, elle adresse des injures à l'infirmière qui l'a gardée aux cellules. Vers 5 heures, elle défait son manchon, veut jouer aux osselets, descendre au jardin, cueillir des fleurs, replanter un rosier, que, dit-elle, elle a déraciné. On n'est parvenu à la faire recoucher qu'en lui promettant de réparer tout ce qu'elle avait abîmé. — Il faut vouloir tout ce qu'elle veut et tout de suite ; si une enfant est assise à une place, elle veut s'y asseoir, jette sa camarade par terre, la bouscule, cherche à la griffer et à la mordre. A table, elle ne veut pas endurer d'enfants auprès d'elle. — Chaque fois qu'elle aperçoit son infirmière des cellules, elle l'injurie. — Parfois elle semble très calme, mais alors elle médite sur les niches qu'elle pourrait bien faire aux autres.

18 *avril.* — Sommeil interrompu à différentes reprises. Elle s'est mise à chanter la Marseillaise. Elle a l'idée que ses mains et son visage sont enflés, trouve qu'elle a une vilaine figure, répète sans cesse qu'elle ne veut plus voir les curés ; qu'ils se rappellent tout ce qu'on leur dit en confesse ; qu'elle ne veut plus se confesser à eux, qu'elle n'ira plus à la messe, malgré le plaisir que cela fait à sa mère ; que c'est fini, qu'elle ne veut plus être pieuse. En raison de ses tentatives

violentes sur les autres enfants, nous la remettons en cellule.

19 *avril.* — La nuit a été plus orageuse que d'habitude. C... a demandé à aller aux cabinets, n'y a rien fait et est venue gâter dans sa cellule. Elle s'est affaiblie progressivement et parfois ses jambes plient sous elle. Ni injures, ni obscénités; pendant que l'infirmière l'habille, elle veut sans cesse l'embrasser, promettant d'être sage. Après avoir été habillée, elle demande à se recoucher : « J'ai encore sommeil, je n'ai pas dormi cette nuit, car j'avais des puces. » Elle se rendort aussitôt jusqu'au déjeuner et mange avec plus d'appétit que d'habitude. Dans l'après-midi, elle s'est laissée photographier avec plaisir. — Peu après, lorsqu'elle était couchée, ayant aperçu dans le couloir un infirmier, qui venait pour une corvée, elle se cache la figure, lève les jambes, les écarte et lui dit de regarder ce qu'elle appelle « sa boutique ». On la recouvre mais elle recommence aussitôt, prononçant des paroles obscènes et répétant : « c'est F..... qui m'a dit cela ». — L'appétit est revenu, les selles sont régulières. — Elle est taquine, rusée, durant ses périodes de lucidité. Ainsi, durant la nuit du 19 au 20, elle a demandé à aller aux cabinets, a dit à l'infirmière : « Allez donc refaire mon lit » et dès que celle-ci a été dans la cellule, elle a fermé la porte de la cellule sur elle, croyant que celle-ci n'avait pas sa clef, car elle avait l'envie de se sauver, ce qu'elle avait déjà essayé de faire plusieurs fois.

20 *avril.* — Rémission presque complète, elle est très contente des friandises et des objets de toilette que sa mère lui a envoyés : « Je ne veux pas manger tout à la fois, il faut que j'en garde pour en avoir pendant plusieurs jours. Est-elle gentille ma petite maman de me gâter comme cela ? Aussi je l'aime bien et quand je serai guérie je lui dirai merci. » Elle éprouve une grande joie à sentir les pommades et les savons qu'elle a également reçus.

21 *avril.* — Alternatives de calme et d'excitation. Après s'être habillée toute seule et être demeurée calme pendant quelques heures, elle s'agite de nouveau, profère des injures, veut courir, essaye de mordre et de donner des coups de pied. Persistance de la toux et de l'expectoration.

22-24 *avril.* — Durant les périodes de calme, la malade est abattue. Il lui arrive quelquefois la nuit de se dresser tout-à-coup sur son lit, de proférer des menaces et des injures ou de chanter. Elle demande qu'on laisse la porte de sa cellule ouverte, espérant toujours pouvoir se sauver. Durant le jour, elle rit et pleure tout à la fois, parle de son amoureux F.. : « Il est gentil, il m'aime bien, il met sa boutique dans la mienne,

cela fait du bien, on dirait qu'il est là. » Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations. Pour l'empêcher de se toucher, on est obligé de lui maintenir constamment le manchon. Les impulsions violentes persistent, elle tente de griffer, de mordre, de donner des coups de pied. Elle est toujours surexcitée dès qu'elle aperçoit un homme.

26 *avril.* — Tandis qu'hier, B... avait été très tranquille, aujourd'hui, elle a été agitée, violente, grossière, obscène. Nous l'avons fait reconduire des cellules à l'infirmerie de la Fondation. Elle prend plaisir à se découvrir, à faire voir ses organes génitaux, à appeler les infirmières, les enfants de la salle voisine pour leur montrer qu'elle a du poil; elle voudrait qu'on la gratte ou qu'on lui mette le doigt. — Propos obscènes.

28-30. — C.... se lève tard, se laisse habiller avec difficulté, veut être peignée tantôt d'une façon, tantôt de l'autre, se plaint qu'on lui tire les cheveux, veut se sauver. — Au réfectoire, elle mange salement, rejette ses aliments à moitié mâchés, sur son assiette, sur la table, sur le parquet, prend à ses voisines ce qu'il lui plait, crache dans leur assiette, les bouscule, leur donne des coups de coude ou de pied. On la fait manger seule à une table : elle se lève à chaque instant pour satisfaire ses caprices, violenter les enfants si on ne lui cède pas, elle crie, pleure, injurie. Quand d'autres enfants viennent près d'elle, elle leur raconte ce qu'elle faisait avec son amoureux, leur explique comment se font les enfants, ce que l'on ressent pendant l'acte (1). De temps en temps, on lui retire le manchon, elle en profite pour commettre des actes qu'elle a combinés d'avance. Elle se sert de tout ce qui lui tombe sous la main pour le jeter sur les personnes ou les enfants à proximité, pour relever leurs jupes ou pour se toucher. Elle semble heureuse et sourit quand elle a commis un acte blâmable. Elle est très autoritaire, fait précéder toutes ses demandes des mots: « je veux ». La nuit, elle saute de son lit, cherche à aller se coucher dans un lit voisin, veut se sauver en chemise, gâte, souille tout son linge avec ses excréments.

1er *mai.* — Nous profitons du renvoi de l'infirmerie de plusieurs enfants pour la mettre seule dans une pièce et, comme nous avons pu obtenir une infirmière, nous essayons de la maintenir au lit d'une façon permanente. L'agitation est tou-

---

(1) Il est difficile à la Fondation d'éviter ces contacts, car il n'y a pas de cellules ou de chambres d'isolement.

jours très grande. C... crache au visage des personnes, débite son chapelet habituel de mots obscènes, retire les mucosités desséchées de son nez et veut les mettre dans la, bouche de l'infirmière : « Tiens, mange mes crapauds ».

2-9 *mai.* — Alternatives d'agitation et de calme relatif. Les nuits sont tantôt très agitées, tantôt assez calmes. C... cherche moins à se lever, urine parfois dans son lit, peut-être à dessein. Elle dit à la surveillante que tout ce qu'elle a raconté sur F... n'est qu'invention de sa part, qu'il n'a jamais existé que dans son imagination, que tout ce qu'elle débite, elle l'a appris de ses compagnes de classe et d'apprentissage. A chaque instant, elle appelle la surveillante ou son infirmière ou toute autre personne. Elle crie tant que la personne appelée ne vient pas. Si, pour faire cesser ses cris, on s'approche, elle crache au visage, griffe, pince, prend ses excréments avec ses mains et les essuie sur ses draps, sur les personnes. Elle se découvre sans cesse pour montrer ses organes génitaux.

17 *mai.* — C... s'est affaiblie progressivement; sa démarche est mal assurée, son poids a diminué de 8 kilog. 300, l'agitation persiste et est toujours très grande. Même langage mêmes obscénités. Elle continue à appeler les infirmières pour se livrer à des attouchements. L'appétit qui avait été bon durant les deux dernières semaines, a notablement diminué.

24 *mai.* — On a toujours beaucoup de peine à maintenir C... au lit. Dès que l'infirmière s'éloigne, elle se lève, grimpe sur les chaises, les lits, tombe, se contusionne. Elle est toujours aussi grossière dans son langage, aussi malpropre dans sa tenue et aussi cynique dans ses actes.

31 *mai.* — Persistance de la toux et de l'expectoration. A la percussion, submatité en arrière dans la fosse sus-épineuse droite où existe également une diminution de l'élasticité. En avant, la sonorité et l'élasticité persistent, peut-être avec une très-légère diminution sous la clavicule droite. — A l'auscultation, pas de modifications du murmure respiratoire et pas de râles.

C... est beaucoup plus calme. Elle se lève et fait de petites promenades dans le jardin, est moins grossière dans son langage, moins sale sur elle et dans son lit. — Elle mange assez bien et accepte plus volontiers les aliments qu'on lui donne.

*Traitement :* Hydrothérapie, bains, phosphate de chaux, ventouses sèches tous les 5 jours au niveau des sommets, viande crue, lait, etc.

10 *juin.* — L'enfant, qui avait été plus calme ces jours derniers, est devenue de nouveau agitée. Elle injurie tout le monde, griffe et mord à chaque occasion. — Comme de sa chambre de l'infirmerie, elle aperçoit les parents qui viennent au parloir visiter leurs enfants, elle leur adresse des grossièretés : « leur fille va crever, ne guérira jamais. » Elle leur fait des pieds de nez, crache sur les carreaux, relève ses jupes, montre ses organes génitaux : « Tenez, regardez. » On avait mis des rideaux aux fenêtres, elle les a déchirés. Elle mange malproprement. Elle urine et défèque dans sa chambre, se barbouille les mains avec ses excréments.

18 *juin.* — Mêmes signes douteux aux sommets. — Abcès profond à la face antérieure de l'avant-bras gauche ; incision, issue abondante de pus.

20 *juin.* — Calme relatif, persistance des grossièretés même envers ses parents. — Les nuits sont toujours très agitées. — C... mange peu, l'amaigrissement continue : elle n'a pour ainsi dire que la peau sur les os.

26 *juin.* — Guérison complète de l'abcès.

30 *juin.* — C... est plus tranquille. Elle mange proprement et avec un appétit exagéré ; elle craint toujours de n'en avoir pas assez ; elle réclame avec instance les friandises que lui apportent ses parents. Nous l'avons envoyée en classe où elle se tient convenablement et se montre assez docile. Elle est bavarde, rapporteuse, raconte tout ce que font ses compagnes, répète vingt fois la même chose. — Elle a quitté l'infirmerie, couche en dortoir et dort sans potion. — Elle a reçu la visite de ses parents avec plaisir. — Son langage n'est plus ordurier, elle redevient polie. — Elle ne se touche plus. — La mémoire lui revient. Elle se rappelle avoir tutoyé le docteur M... qui est venu la visiter et en est chagrinée.

Elle s'est souvenue avoir dit des sottises à la mère d'une malade et s'en est excusée. Au fur et à mesure que lui revient le souvenir de ses extravagances, elle craint qu'on ne le sache au dehors. — Elle a augmenté en poids de 4.950 grammes. — L'examen bactériologique n'a pas démontré dans ses crachats la présence de bacilles,

9 *juillet.* — C.... est de plus en plus raisonnable, travaille très bien en classe et à l'ouvroir, mange sans voracité, mastique bien ses aliments et n'avale plus gloutonnement comme elle le faisait encore ces derniers jours. — Elle n'injurie plus ni le personnel, ni ses compagnes ; son raisonnement est juste, elle manifeste le regret de ses insanités en paroles et en actes et s'en indigne. Elle est redevenue pudique : « C'est

la maladie qui me faisait dire toutes ces vilaines choses qu'on m'avait apprises en apprentissage.

26 *juillet.* — L'amélioration continue. B.... est allée hier avec ses camarades au Jardin d'Acclimation et s'est très bien tenue. La physionomie s'est transformée ; elle a bonne mine et engraisse (près de 5 kilog. en un mois).

*Août.* — L'amélioration s'accentue de jour en jour. C... est tranquille, participe à tous les exercices de ses compagnes : classe, couture, promenade, jeux, etc. Elle veut toujours dominer les autres enfants, prétendant en savoir plus qu'elles et veut toujours avoir raison. Elle mange avec appétit sans voracité et partage volontiers ses friandises avec les autres enfants, ce qu'elle ne faisait pas auparavant. — L'examen des urines, pratiqué à différentes, reprises, n'a jamais décelé d'albumine.

*Septembre.* — Le caractère s'améliore de plus en plus. C... accepte volontiers les observations qu'on lui fait ; « quand je pense à toutes les méchancetés que je faisais et que je disais je vois bien que j'étais réellement très malade ». Elle est très affectueuse et très active. Travaille bien partout, apporte beaucoup de bonne volonté à la gymnastique. Elle voudrait toujours être la première.

*Octobre.* — L'amélioration persiste. Quelquefois, pourtant, C.... a de petits mouvements nerveux, s'impatiente à propos de faits insignifiants, par exemple si une autre enfant fait quelque chose de travers. Parfois aussi le regard n'a pas une expression tout-à-fait naturelle, il est vague. C.... est comme absorbée : interrogée, elle prétend qu'elle ne pense à rien. Elle s'endort vite, le sommeil est prolongé ; elle dit rêver de toutes sortes de choses, mais ne pas avoir de rêves pénibles. — Les règles n'ont pas paru depuis son séjour à la Fondation.

23 *octobre.* — C...., interrogée sur tous ses récits, répond que tout ce qu'elle disait, elle l'avait appris d'une petite apprentie avec qui elle travaillait. Elle nie avoir joué avec des garçons. Sur les instances de la famille, nous signons la sortie, en leur recommandant de continuer le traitement et surtout les douches

*Novembre.* — Nous avons eu l'occasion de voir des parents de Cél... Ils la trouvent bien, mais parfois un peu exaltée. Ils déclarent que. de triste qu'elle était autrefois, elle est devenue gaie. Ils disent aussi que ses parents lui ont toujours laissé faire trop ses volontés, surtout au point de vue de la boisson et du manger. Ils prétendent encore qu'avant son entrée à la Fondation, l'enfant n'ayant plus ses règles aurait exprimé la crainte d'être enceinte.

15 *novembre.* — La famille nous ramène Cél.... L'amélioration persiste. Depuis quinze jours, le poids a augmenté de trois kilogrammes. La figure parait un peu bouffie. Il n'y a rien dans ses urines et nulle part d'œdème. — L'examen des poumons est négatif. — Les différents organes paraissent sains. — Les fonctions digestives s'accomplissent normalement. — Les *régles* ne sont pas revenues ; C... a de légères pertes blanches. — Avant sa maladie, elle jouait rarement : « On pourrait dire jamais, » suivant l'expression de sa mère. Depuis sa sortie elle est plus disposée à se divertir et à jouer. Avant sa maladie, quand ses nombreuses cousines venaient la voir, elle était indifférente, « triste comme un bonnet de nuit, tandis que maintenant c'est elle qui provoque les jeux. » Elle s'occupe toute la journée du ménage, n'est pas irritable, dort bien. Le regard semble encore un peu voilé, ce qui lui donne parfois l'expression un peu « hagarde ». Elle ne cherche pas à revoir ses anciennes camarades d'atelier, car, se rappelant, toutes les insanités qu'elle a dites, elle a peur qu'on se moque d'elle. — *Traitement :* injections vaginales boriquées, toniques, douches.

29 *novembre.* — La physionomie est meilleure ; le regard n'est plus voilé : « il est, dit la mère, absolument naturel. » — Les *règles sont revenues* le 16 novembre, sans douleur, médiocrement abondantes et ont duré deux jours. Elle travaille bien. — *Poids :* 47 kilogrammes ; — *Taille :* la même.

*Puberté et organes génitaux.* — Le pénil est couvert de poils noirs abondants sur une largeur de huit centimètres et une hauteur de six centimètres. Les grandes lèvres sont également couvertes de poils abondants sur une largeur de plus d'un centimètre et demi. Les poils descendent des grandes lèvres sur le périnée et jusqu'au pourtour de l'anus. Capuchon petit, gland moyen. Les différentes parties de la vulve sont bien proportionnées. Nous constatons de nouveau, l'aspect *très frangé de l'hymen* dont l'ouverture laisse pénétrer très facilement l'index. Aux aisselles, bandes de poils noirs de six centimètres sur deux. — Le *sein* droit mesure transversalement quinze centimètres et demi et verticalement, onze et demi ; le gauche, quatorze centimètres et demi sur onze. Le sein droit est donc un peu plus gros que le gauche. Très petits tubercules sur les aréoles. Au précédent examen de la *puberté*, nous avons noté qu'ils étaient très saillants, ce que nous pouvons attribuer à ce que la malade se frottait sans cesse les seins. — Les mamelons ont sept à huit millimètres de diamètre et font une saillie de deux millimètres.

Nous interrogeons de nouveau, à part, C..., au sujet de ses *relations sexuelles* sans pouvoir obtenir d'aveu, mais il est certain qu'elle ne nous dit pas la vérité.

RÉFLEXIONS. — I. L'*hérédité* est relativement assez chargée. Si le père lui-même ne présente rien autre que des manifestations rhumatismales, d'ailleurs légères, différents membres de sa famille ont offert des tares plus ou moins graves : le grand-père maternel, un grand-oncle, seraient morts d'*alcoolisme chronique*, un oncle et une cousine ont une tendance à boire ; un arrière-grand-père, sujet à des idées noires, s'est *suicidé*. Signalons un grand-oncle *sourd-muet*, un cousin ayant eu des *convulsions* dans l'enfance et, peut-être, chez les alcooliques, deux cas de *cancer du pylore*.

Dans la famille maternelle, ce qui domine, c'est le rhumatisme, l'emphysème. Notons encore les *céphalalgies* chez la mère, des *excès de boisson* occasionnels chez l'un des arrière-grands-pères et un oncle *suicidé*.

II. De la naissance au mois de décembre 1897, c'est-à-dire jusqu'à 12 ans, Cel... aurait été tout-à-fait normale et plutôt d'une intelligence au-dessus de la moyenne. La seule particularité qu'elle offrait, c'est qu'elle était réservée, peu gaie, quelque peu mélancolique, toutefois sans exagération : c'était ce qu'on appelle une enfant sérieuse. — Au point de vue physique, aucun signe de dégénérescence.

III. Dans sa douzième année, l'enfant est mise en apprentissage. L'une de ses camarades — et peut-être cela avait-il commencé à l'école — lui aurait appris toutes sortes de choses « sur la femme ». Et les évènements ultérieurs, confirmés par l'*examen physique*, semblent démontrer qu'elle aurait eu une affection qui n'aurait pas été seulement platonique.

C'est dans ces conditions que, au commencement de

décembre, elle assiste à un sermon sur la mort, qui l'impressionne très vivement, au point qu'elle s'imagine que sa filleule qui l'accompagne vient de mourir. L'idée de la mort l'obsède, elle ne dort plus, a peur. Elle devient de plus en plus triste, on essaie en vain de la distraire. Cette *période mélancolique* dure de la mi-décembre à la mi-février.

IV. Alors le tableau change : la *dépression mélancolique* (sans idée de suicide) est remplacée par un véritable *accès de manie* : insolences, grossièretés, excitation, violences, bave, déclamations incohérentes, défaut complet d'association des idées, impulsions sexuelles, onanisme, exhibition des organes génitaux, propositions et tentatives obscènes, etc. Ces derniers symptômes donnent à la *manie* un cachet *nymphomaniaque* très accusé. Non-seulement C... se touche dès qu'elle se sent moins bien surveillée, mais elle veut toucher les enfants, les infirmières, parle sans cesse de rapports sexuels ; examine le ventre de toutes les femmes qu'elle voit, s'informe si elles sont enceintes, quand elles vont accoucher, ce qui semble répondre à la crainte qu'elle avait, et qu'on nous a signalée, d'être elle-même *enceinte* (rapports et suppression des règles). La vue d'un homme l'excite toujours et, aussitôt, elle lui fait des propositions et s'exhibe.

La *période d'état* a duré depuis le 6 avril jusqu'à la fin de juin, avec de courtes *rémissions* pendant lesquelles elle était notablement *déprimée*. Elle s'est accompagnée de troubles physiques graves qui se sont traduits par des craintes de tuberculose, que la suite n'a pas justifiée, et par un amaigrissement considérable. De 37 kilog. 800 à l'entrée, son *poids* descend à 29 kilog. 500 au milieu du mois de mai.

V. A partir du 30 juin, C... devient plus tranquille, plus raisonnable, mange proprement, n'injurie plus

personne, n'est plus grossière ni obscène dans ses paroles et ses actes, en un mot, elle est redevenue pudique. La mémoire est revenue, ainsi que le raisonnement.

L'amélioration a continué progressivement. En août et septembre, C... participe aux travaux intellectuels et manuels de ses camarades, à leurs jeux et à leurs promenades. Elle est très affectueuse, très douce, regrette toutes les mauvaises actions que la maladie lui faisait commettre. En même temps que nous voyions l'état mental s'améliorer, la *manie* et la *nymphomanie* disparaître, nous assistions à une amélioration physique remarquable. Toute crainte de tuberculose disparaissait, l'amaigrissement faisait place à un embonpoint progressif ainsi que cela ressort du tableau ci-après :

*Tableau du poids.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Avril | 7 à l'entrée | 37 kilog. | 800 |
| | 15 | 37 — | 500 |
| | 22 | 37 — | |
| | 30 | 36 — | |
| Mai | 10 | 33 — | |
| | 17 | 29 — | 500 |
| | 25 | 29 — | 600 |
| | 31 | 29 — | 800 |
| Juin | 7 | 30 — | |
| | 15 | 30 — | 200 |
| | 22 | 30 — | 800 |
| | 30 | 31 — | 500 |
| Juillet | 15 | 30 — | 800 |
| | 30 | 36 — | |
| Août | 25 | 37 — | 500 |
| Octobre | 2 | 42 — | |
| | 20 | 43 — | |
| Novembre | 15 | 46 — | |
| | 29 | 47 — | |

La *fig.* 7 permet de se rendre compte, d'un coup d'œil, des modifications du poids, partant de l'*amai-*

*grissement* et du retour de l'*embonpoint*, séparés par un plateau correspondant à un état stationnaire du poids.

VI. A sa dernière visite, le 20 décembre, C... se présente à nous sous l'aspect d'une jeune et belle adolescente paraissant tout-à-fait normale. Elle a une physionomie ouverte, modeste. Elle est très raisonnable, affirme sa mère, gaie, laborieuse, docile. Ses *règles*, qui pendant les quinze premiers mois, à dater de leur apparition, avaient été régulières, s'étaient suspendues au début de la maladie (déc. 1897), ont reparu le 16 novembre, peu abondantes, et sont revenues du 13 au 16 décembre, précédées de quelques douleurs abdominales ; elles ont duré cinq jours et ont été assez abondantes pendant les trois premiers jours. Tout indique donc que C... est réellement guérie.

VII. Suivant l'habitude nous avons pris la *température rectale* durant les cinq premiers jours.

*Température à l'entrée.*

| DATE. | MATIN | SOIR |
|---|---|---|
| 7 Avril (1er jour) .................... | 36° 9 | 36° 8 |
| 8 — (2e — ) .................... | 37° 2 | 36° 8 |
| 9 — (3e — ) .................... | 37° 1 | 37° 2 |
| 10 — (4e — ) .................... | 36° 9 | 37° 2 |
| 11 — (5e — ) .................... | 36° 8 | 37° |

Nous avons continué à prendre la *température* jusqu'au 5 août, c'est-à-dire durant 118 jours. L'examen du *tracé thermométrique* que nous ne pouvons pas reproduire à cause de sa longueur montre les particularités suivantes :

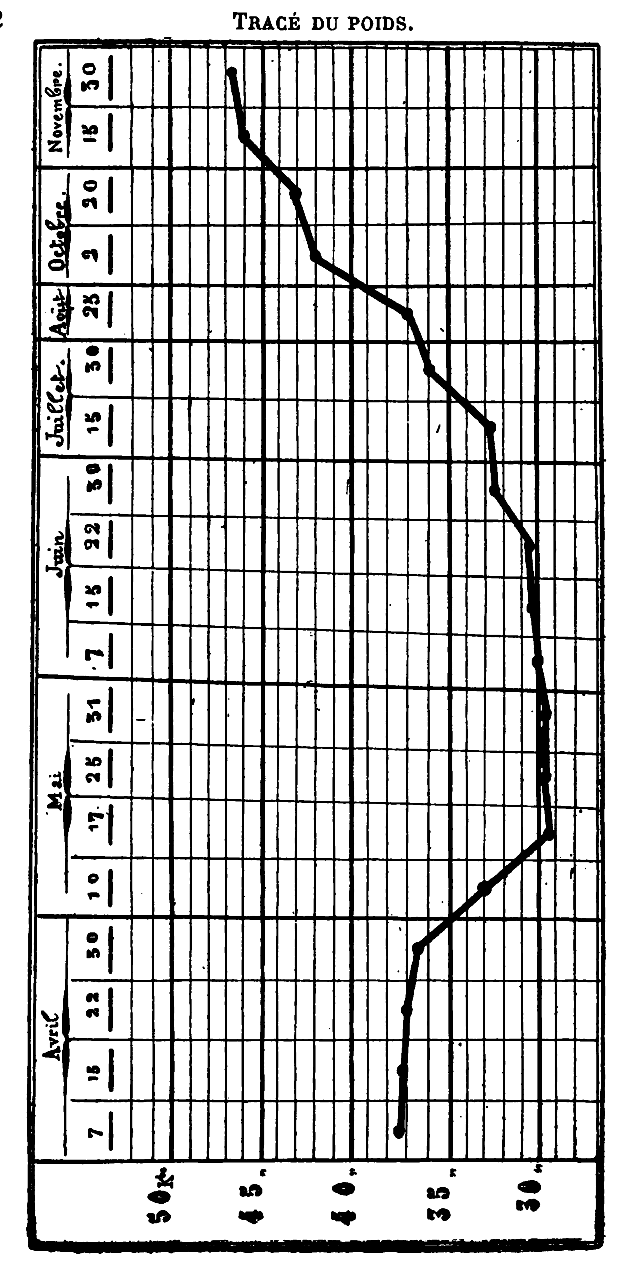

Avril
7
15
22
30
Mai
10
17
25
31
Juin
7
15
22
30
Juillet.
15
30
Août
25
Octobre.
9
20
Novembre.
15
30
50k
45
40
35
30

Fig. 17.

Du 7 au 27 avril, la température rectale oscille entre 36°,6 et 37°,4, le plus souvent 36°,8 et 37°,2, restant plutôt au-dessous de la normale. — Du 28 avril au 4 mai, elle est toujours au-dessus de 37°, allant jusqu'à 37°,7.

Du 5 au 10 mai, elle descend entre 37°,4 et 36°,7; — le 11 mai, 37°,8, puis oscillations de 36°,6 à 37°,3; — du 20 mai au 5 août, elle varie entre 36°, 6 et 37°, 6 (deux fois), restant le plus souvent au-dessous de 37° ou à 37°,2. Signalons un abaissement à 36°,2 le 20 mai.

En résumé, dans ce cas de manie bien caractérisée, la température n'a jamais été fébrile, malgré l'intensité, à certains jours, de l'agitation.

VIII. A l'arrivée de la malade, nous avons eu recours à l'*isolement* en cellule, ne pouvant, faute d'organisation, *ordonner* d'emblée le traitement par *le repos au lit*. Au bout d'une dizaine de jours, nous l'avons ramenée à l'infirmerie où nous n'avons pu la maintenir à cause du voisinage d'autres enfants et de l'insuffisance du personnel (p. 70). Au bout de quatre semaines les circonstances nous ont permis de la *maintenir au lit* (1er mai). Le calme a reparu à la fin du mois de juin. En même temps nous avons prescrit des bains prolongés, les purgatifs, le chloral, le bromure de potassium ; puis les douches froides, la gymnastique et les travaux manuels.

VIII.

## Alcoolisme de l'enfance ; — instabilité mentale ; imbécillité morale ;

PAR BOURNEVILLE ET J. BOYER.

SOMMAIRE. — *Père, soixante et un ans, asthmatique, très nerveux. — Mère, quarante-cinq ans, rien à signaler. — Tante paternelle, morte d'apoplexie. — Autre tante paternelle, morte des convulsions de l'enfance. — Frère mort à dix-sept ans de coxalgie, méningite terminale.*
*Conception : graves ennuis du père. — Premières convulsions à quatre ans. — Diminution de l'intelligence. — Scoliose. — A douze ans, modification du caractère. — Manies. — Accès de colère. — Perte des sentiments affectifs. — Tentatives de suicide. — Fumait beaucoup en cachette. — Crises hystériformes. — Menaces à l'adresse de ses parents. — Excès de boisson. — Héméralopie.*
*Description du malade. — Marche de la maladie. — Traitement médico-pédagogique. — Amélioration progressive ; guérison.*

René O.... né le 20 juillet 1883, est entré à l'Institut médico-pédagogique, le 16 juillet 1896.

**Antécédents** (*Renseignements fournis par sa mère*). — PÈRE, soixante et un ans, asthmatique, très nerveux, pas de convulsions de l'enfance, démangeaisons de la peau vers quarante ans, pas de rhumatismes, ni de dartres, ni de syphilis, échauffement à vingt et un ans. — Grand-père paternel, mort à soixante-dix-huit ans, d'une entérite, sobre, jamais malade. — Grand'mère paternelle, morte à soixante-seize ans, d'une affection chronique de la poitrine et de diabète. — Oncle paternel, mort d'une cholérine. — Tante paternelle, morte asthmatique. —

Autre tante paternelle, morte d'une attaque d'*apoplexie* en un jour. — Autre tante paternelle morte des *convulsions* de l'enfance. — Pas d'aliénés, ni de nerveux, ni de bègues, ni de ticqueux dans la famille paternelle.

MÈRE, quarante-cinq ans, bien portante, n'aurait pas eu de convulsions. — Pas d'autres renseignements sur la famille maternelle.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de seize ans.

Six enfants : 1° une fille de vingt-deux ans, bien portante, un peu nerveuse, mariée, a un enfant de treize mois, bien venant ; 2° un garçon, mort à dix-sept ans de coxalgie, pas de convulsions, intelligent, aurait eu une *méningite* terminale (?) ; 3° un garçon, dix-neuf ans, bonne santé, très travailleur, candidat à l'École centrale ; 4° une fille, dix-huit ans, bien portante ; 5° notre malade ; 6° un garçon, bien portant, pas de convulsions, apprend convenablement.

**Notre malade.** — A la *conception*, le père dit « qu'il avait le sang en révolution », ce qui était dû à des ennuis ; la mère était bien portante. — *Grossesse* bonne, mère très impressionnable. — *Accouchement* naturel, à terme, présentation de la tête : « il n'y a que pour l'aînée qu'on a eu besoin de fers ». A la *naissance*, l'enfant n'était pas « très fort », pas d'asphyxie. Nourri au sein par la mère. Rien de particulier jusqu'à l'âge de quatre ans.

Vers quatre ou cinq ans, *premières convulsions*, consécutivement diminution de l'intelligence. « Il a toujours été très dur pour apprendre. » N'aurait pas eu d'autres accidents nerveux jusqu'à il y a huit mois. A la suite des convulsions, *bégaiement* très prononcé.

A huit ans, l'enfant a été mis dans une petite pension où il est resté jusqu'en décembre 1895, puis en sixième au lycée de Versailles. Il apprenait mal, conduite passable, tenue physique défectueuse, avait une épaule qui se nourrissait plus mal que l'autre. On le soumet à une gymnastique spéciale.

Depuis le 1er janvier 1896, le caractère s'est modifié ; l'enfant est devenu entêté, menteur, sombre, avait des *accès de colère* à la moindre contrariété ; a été traité au bromure (de 1 à 6 grammes par jour) par le docteur Bertrand ; refus de suivre le traitement.

Fin janvier 1896, à la suite de reproches faits au collège, violente *crise nerveuse :* le corps s'est raidi, puis l'enfant s'est écrié : « Je vais mourir » ; il ouvrait les yeux démesurément, se penchait en arrière et serait tombé si on ne l'avait

pas retenu. Durée moins d'une minute. La même crise s'est reproduite cinq fois, de janvier à juillet 1896. Le caractère a dès lors continué à empirer, les crises de colère sont devenues plus fréquentes. Une fois, chez sa sœur, qui habite à Paris, il a dit qu'il voulait s'en retourner seul chez ses parents à la campagne. Il descend vivement l'escalier, sa sœur le suit, sur le pont d'Austerlitz, colère violente, crie, a les yeux hagards, veut se jeter sous les roues des voitures, puis dans la Seine, s'accroche au parapet, aux réverbères. La crise a duré une heure et demie. Reconduit chez sa sœur, il s'est évanoui cinq minutes. En revenant à lui, il est tout étonné et demande ce qui vient de se passer. — A diverses reprises, a eu des idées de suicide, mais sans tentatives sérieuses. Le langage de l'enfant devient très grossier ; il fait des menaces de mort à tous les membres de sa famille : « Demain, vous ne vous réveillerez pas tous, je vous tuerai cette nuit. » Tantôt, il menace du couteau ou de la canne, tantôt il veut se frapper lui-même si on ne cède pas à ses caprices.

Les fonctions digestives paraissent se troubler, indigestions avec douleurs de tête, se plaint d'avoir mal aux tempes, reste huit jours sans manger ; a des douleurs dans les coudes, les genoux, les pieds, avec fièvre. Cependant le sommeil reste bon, sans cauchemars. Pas d'étourdissements. Se figure que sa sœur lui en veut. Pleure quelquefois avant la crise, quelquefois après. Se plaint d'étouffer : « ça part du ventre et ça remonte à la gorge ». Pas de paralysie d'un côté du corps. Pas de période d'incontinence d'urine. Aime beaucoup rester au lit, on ne constate pas d'onanisme. Devient plus instable que jamais, après vingt minutes de travail, ça ne va plus.

On ne sait à quoi attribuer ces accidents. Durant l'année 1895, René s'est mis à fumer avec frénésie, jusqu'à dix cigarettes de suite, fumait même la pipe. Comme on essaie de l'en empêcher, il s'est mis à chiquer avec passion pendant quinze jours. Voulait toujours se promener seul, sans doute pour fumer plus à l'aise. Aurait fait des excès de boisson, modérés mais réels, était souvent altéré, descendait seul à la cave pour y boire, surtout du cidre pur, ne partait jamais à la pêche, qu'il aimait beaucoup, sans emporter avec lui un litre de bière ou de cidre. — Il n'a jamais présenté de tendances pyromaniaques.

*Etat à l'entrée. — Etat physique.* — La physionomie parait intelligente « futée » ; les cheveux sont chatain foncé, assez bien plantés, quelques épis autour du front ; le front

est découvert, symétrique, arrondi, bosses frontales peu saillantes ; le nez est aquilin, bien fait, sans déviation ; les sourcils sont bruns, peu fournis ; les yeux sont bien ouverts, très fendus, iris marron ; les paupières présentent un bourrelet très régulier, teinte bistrée très prononcée autour des paupières ; la lèvre supérieure est assez forte, le sillon médian est régulier : la lèvre inférieure est en saillie sur la supérieure ; le menton est rond, la bouche moyenne, les pommettes peu saillantes, sans coloration précise, le visaest ovale, les oreilles moyennes, symétriques ; le crâne est ovoïde, régulier ; le teint est mat, légèrement hâlé. — Le thorax est bien proportionné, bombé en avant, région pectorale très développée ; en arrière le thorax est également très bombé ; cet aspect diminue sensiblement quand les bras sont élevés au-dessus de la tête, pas de malformation des omoplates ; un peu de dépression entre la pointe des omoplates et le rebord des fausses côtes ; à la partie inférieure de la région dorsale, légère convexité à droite ; les membres sont symétriques, assez bien faits, un peu grêles ; les pieds et les mains n'offrent aucune particularité.

*État physiologique.* — Très grande activité, René aime les jeux violents. Debout et assis, l'enfant a une tendance à pencher en avant le haut du corps ; les articulations exécutent passivement et activement les mouvements les plus étendus. — Les fonctions respiratoires et circulatoires paraissent normales ; les fonctions digestives ne sont pas régulières ; tendance à la constipation, appétit très capricieux. — L'ouïe, l'odorat, le goût et le toucher sont normaux, vue faible, légère myopie, l'enfant ne distingue rien dans la demi-obscurité (héméralopie) ; parole normale.

*État psychologique.* — L'intelligence n'est pas celle d'un enfant de son âge au point de vue scolaire. L'écriture est très irrégulière, les lettres ne sont pas liées entre elles, les traits sont durs ; l'orthographe est très faible, les mots les plus usuels sont incorrectement écrits et de façons différentes dans le même devoir ; connaît les quatre règles, mais ne peut faire le moindre problème ; les connaissances usuelles sont très limitées, l'enfant ne cherchant même pas à se rendre compte de ce qui l'entoure ; aptitudes particulières pour le dessin et la musique. — L'attention et la réflexion sont à peu près impossibles, l'imagination est très bornée ; la mémoire, en général, est faible, sauf la mémoire auditive qui paraît très

développée ; jugement très variable : tantôt naïf, tantôt assez juste en apparence ; raisonnement peu développé. L'instabilité incoercible qui se manifeste dans toutes les opérations intellectuelles aussi bien que dans tous les autres modes d'activité, paraît être la véritable cause de l'arriération intellectuelle de l'enfant.

*État instinctif et moral.* — René est très gai quand il n'est pas, toutefois, sous l'influence d'un accident nerveux ; aime beaucoup rire, jouer, taquiner ses camarades. Ne reste jamais seul, à moins qu'il ne soit sous le coup d'une crise de colère. — Désordonné, indifférence personnelle à l'égard des objets lui appartenant. — D'une sensibilité exagérée à l'endroit des réprimandes qui déterminent chez lui soit des crises de colère, soit des accès de mélancolie. — Les sentiments affectifs paraissent disparus. — Volonté négative énergique. — Sens moral disparu.

16 *juillet.* — Le jour de son entrée, violente crise de colère quand il a appris qu'on voulait le laisser : il porte, en poussant des cris rauques, les deux mains à la tête et se précipite sur un banc en essayant de se cogner la tête. On essaye de le maintenir, il donne des coups de pied de tous les côtés, visant surtout son père ; il se frappe la tête de ses poings, raidit tout le corps, porte le tronc en avant ; la face est congestionnée, les yeux fixes et hagards, les lèvres entr'ouvertes, la salivation abondante. Au bout de deux minutes René se débat (on le maintient toujours), il pleure à chaudes larmes et crie à perdre haleine : « Non, je ne veux pas voir de médecins !... ce sont des charlatans... ils vous font du mal... je ne suis pas malade... qui donc a inventé la médecine ?... qui ?... qui ?... c'était un imbécile celui-là... mais laisse-moi, papa... cré nom d'une pipe, je me sauverai bien ! Ah ! vous voulez me mettre dans une maison de santé !... Vous verrez ce qui vous arrivera... je veux me tuer !... ne me fais pas voir au médecin, car tu sais, tant pis, je frapperai et tu verras... lâche-moi ! Tu ne veux pas me lâcher, un... deux... trois... Ah ! tu me laisses dire trois... tu verras... lâche-moi donc ! » Son père nous quitte et c'est à nous qu'il s'adresse alors : « Lâchez-moi... vous n'avez pas de droits sur moi... je veux m'en aller... au secours, on m'assassine. » On dut le porter jusqu'à la pelouse des jeux. Là, tout en veillant à ce qu'il ne se fasse pas de mal, on le laisse libre de ses mouvements. Il reste un moment étendu sur le gazon, les jambes allongées, les bras en croix, les yeux grands ouverts, fixes ; au bout de cinq minutes, il pleure en croisant les bras sur la

figure, se lève, fatigué, se traînant et va s'asseoir sur un banc. Durée totale de la crise de colère : une heure trois quarts.

René ne mange rien à diner, il est sombre et ne desserre pas les dents. Il se couche sans rien dire. La nuit a été bonne.

17. — René ne mange rien au premier déjeuner; à midi et le soir, il ne prend qu'un peu de potage. Se plaint dans la journée que « l'estomac » lui fait mal; il paraît avoir des difficultés pour respirer, cela a duré deux minutes et s'est produit à deux reprises.

18. — La nuit a été bonne, bien que l'enfant, en se couchant, se soit encore plaint de douleurs dans l'épigastre. Ne mange pas au premier déjeuner; mange très peu à midi. Première douche : il faut le déshabiller malgré lui, il se débat, donne des coups de pied et des coups de poing, injurie grossièrement tout le monde : on ne cède pas. Le soir il n'a pas voulu diner. Il s'est couché sans difficulté et a bien dormi.

19. — Ne mange pas de la journée, il est resté sombre et taciturne, ne parlant à personne, évitant tout le monde. A la douche se produit la même scène que la veille. A bien dormi la nuit.

20. — Ne mange pas au premier déjeûner, veut écrire à son père à qui il adresse une lettre incohérente et pleine de menaces : « Je te donne jusqu'à jeudi pour venir me chercher, même pas... si tu ne viens pas, gare, etc... » Ces deux phrases sont soulignées plusieurs fois. Se laisse entrainer à jouer un peu de violon, parait heureux de l'attention qu'on a pour lui, demande qu'on lui promette de lui laisser faire de la musique de temps en temps. A midi, il mange très bien. A chaque plat qu'on lui offre il prétend ne pas avoir faim, mais il mange tout de même. A deux heures, il joue du violon tandis qu'un de ses camarades l'accompagne sur le piano. A l'heure des douches, refuse de suivre ses camarades et comme on se dispose à l'entrainer malgré lui, il s'écrie : « Lâchez-moi, j'irai tout seul. » Il entre dans le pavillon des douches, se déshabille et se laisse doucher comme les autres. Il causé même gaiement aves ses camarades.

21. — Crise à la suite d'une invitation à écrire une lettre à ses parents. René se couche par terre, fait semblant de dormir; au bout de quelques minutes, quelques contorsions, puis raideur des membres, surtout à droite; les dents sont serrées, les lèvres écartées, les yeux fixes et grands ouverts. Durée deux minutes. Rémission de trois minutes, puis nouvelles contorsions pendant une minute, sans raideur consécutive. L'enfant reste couché un quart d'heure sur l'herbe, sans dormir et retourne auprès de ses camarades.

Le 25, à table, petit accès de mélancolie d'une durée de cinq minutes environ.

A partir du 26, l'enfant ne présente aucun accident nerveux et suit régulièrement le traitement suivant : un bain par semaine ; une douche par jour ; gymnastique ; travaux du jardin ; travaux scolaires ; traitement moral.

A partir du mois d'août l'enfant prend deux douches par jour.

*Août.* — On a de la peine à obtenir de l'enfant qu'il ne soit pas bruyant en classe : il quitte à chaque instant sa place, interpelle son maitre ou ses camarades, taquine ses voisins ; on est obligé à chaque moment d'intervenir pour éviter une rixe, prend ce qui lui tombe sous la main pour se défendre. Au jardin, il ne fait rien qui vaille.

*Septembre.* — Toujours taquin avec ses camarades. S'est mis une fois en colère En classe se tient tranquille quand on lui fait une observation. mais recommence aussitôt. Au jardin, s'acquitte assez bien des petits travaux qu'on lui fait faire (brouette, ratissage des allées).

*Octobre.* — L'enfant ne taquine plus que dans les jeux. Gai et encore bruyant. Travaille bien en classe, à la gymnastique et au jardin.

*Novembre.* — Pour le récompenser, ses parents le font sortir du 31 octobre au 2 novembre. René s'est très bien comporté et n'a pas causé le moindre ennui ; il est rentré sans difficulté. Aurait été témoin, nous dit sa mère, d'un accident de tramway (un petit enfant renversé par les chevaux). René en a été si impressionné qu'il a tremblé durant vingt minutes. Il n'y a pas eu d'autre suite. — Le 20, on constate un peu d'inflammation du prépuce. Onanisme supposé, surveillance spéciale.

*Décembre.* — Bon mois, pas de colère. — L'inflammation du prépuce a complètement disparu.

1897. *janvier.* — Il sort huit jours avec ses parents à l'occasion du jour de l'an. A sa rentrée, ses parents nous font des éloges sur sa bonne tenue et sa docilité,

*Février.* — Un mouvement de colère, le 1er; veut se précipiter sur un de ses camarades qui l'avait contrarié. Regard méchant. A été vite calmé.

*Mars.* — L'enfant sort à l'occasion du mardi-gras, il est resté dix jours dans sa famille; n'a eu ni l'ombre d'une crise, ni la moindre velléité de désobéissance. — Fait docilement et très bien tous les exercices de gymnastique (échelle convexe, échelle horizontale, anneaux, mouvements d'ensemble). — Au jardin, travaille avec goût ; tout ce qu'il fait est propre-

ment fait. — En classe, travaille régulièrement, a fait quelques progrès en orthographe, en calcul, a acquis quelques notions élémentaires mais très précises sur la géographie de la France et sur l'histoire de la Révolution. — Son instabilité et son étourderie ont considérablement diminué. — S'est mis avec goût à l'étude du violon où il fait tous les jours des progrès. — Le caractère s'est bien amélioré, l'enfant n'a eu aucun mouvement de colère, bien qu'il ait été plusieurs fois taquiné par un de ses camarades.

*Avril.* — Le 6, les parents le ramènent chez eux. Les mensurations de la tête à l'entrée et à la sortie n'accusaient qu'une augmentation d'un millimètre. — Poids : à l'entrée, 39 kg. 100; à la sortie, 47 kg. 200. — Taille : à l'entrée, 1m.50; à la sortie, 1m.54. — Dynamomètre : à l'entrée, D. 24 ; G. 9 ; à la sortie, D. 30 , G. 25. — Depuis sa sortie, nous avons eu l'occasion de voir René, en décembre 1897 ; ses parents, que nous rencontrons nous disent que l'enfant va très bien, qu'il n'a plus eu de crise, qu'il est en pension à D... où on est très content de lui. — La physionomie de l'enfant est fraiche ; en causant avec lui on s'aperçoit que l'enfant est tout à fait calme, et l'affection qu'il nous témoigne nous fait supposer qu'il a conservé un très bon souvenir de son passage à l'Institut médico-pédagogique. — Enfin, en avril 1898, la mère nous dit qu'elle a été très surprise des heureux changements survenus chez René.

RÉFLEXIONS. — I. Les renseignements héréditaires sont insuffisants, surtout dans la lignée maternelle. Du côté du père, une tante est morte d'une attaque d'apoplexie. Un frère aurait eu une méningite (?).

II. L'enfant aurait été tout à fait normal jusqu'à quatre ans. Entre quatre et cinq ans sont apparues des convulsions suivies d'un affaiblissement de l'intelligence et d'un bégaiement très prononcé. De huit à onze ans, il apprenait mal. A partir de janvier 1896, le caractère s'est modifié : l'enfant est devenu entêté, menteur, sombre et sujet à des *accès de colère*. A la fin de janvier 1896, il a eu une première crise nerveuse, hystériforme. De là, jusqu'à juillet 1896, il a eu cinq autres crises. Puis, le caractère s'empire, les crises de colère se multiplient. O.. menace de se suicider, de tuer

les membres de sa famille, sans qu'il y ait une tentative vraiment sérieuse. Le travail intellectuel devient de plus en plus difficile. L'instabilité mentale augmente. Abus du tabac (cigarettes, pipes et chiques), il s'y joint des excès de boissons. C'est pour l'ensemble de ces faits qu'il est placé à l'Institut médico-pédagogique.

III. Durant les premiers jours de son admission, René a eu des crises de colère, a refusé de manger, et a adressé des injures à tout le monde. Au bout de plusieurs jours la période d'excitation s'est progressivement atténuée. L'état mélancolique intermittent a disparu.

IV. Sous l'influence de l'isolement et du traitement médico-pédagogique, ainsi que de la suppression des boissons et du tabac, René est devenu tout à fait calme et raisonnable; les accès de colère ont complètement disparu; et il est sorti au bout de dix mois, guéri; nous disons guéri, car, nous avons eu l'occasion de revoir sa mère en avril 1898, c'est à-dire un an après sa sortie, elle nous a assuré qu'il était redevenu tout à fait naturel, laborieux, et s'est montrée très satisfaite des résultats obtenus. Les tendances à boire ne se sont pas manifestées de nouveau.

V. Les cas de ce genre ne sont pas rares et appartiennent à l'histoire de l'acoolisme de l'enfance. Ils peuvent guérir en général assez facilement, à la condition, qu'on recoure sans hésitation à l'*isolement* et qu'on applique avec méthode et avec suite le *traitement médico-pédagogique*.

---

IX.

# Idiotie complète symptomatique d'hydrocéphalie ventriculaire ;

PAR **BOURNEVILLE ET NOIR.**

SOMMAIRE. — *Enfant assisté : aucun renseignement sur sa famille et sur ses antécédents personnels.*
*Description du malade. — Idiotie complète : parole, attention, préhension, marche, nulles; tics; gâtisme. — Rachitisme. — Amaigrissement progressif, mort.*
*Hydrocéphalie ventriculaire prédominant à droite. — Inégalité croisée des hémisphères cérébraux et cérébelleux.*

Pint... Raymond, enfant assisté, né à Beauvais, le 4 janvier 1884, est entré le 17 novembre 1887 à Bicêtre où il est décédé le 6 décembre de la même année.

**Antécédents.** — Ce malade étant un *enfant assisté*, il est impossible d'obtenir des renseignements précis sur son compte. L'Administration l'ayant fait admettre à Bicêtre aussitôt qu'elle s'en est occupée n'a même pas pu lui établir un livret. Tout ce que l'on sait au sujet des antécédents héréditaires de Pint..., c'est qu'il est enfant naturel de père inconnu, que sa mère, lingère, était âgée de 25 ans quand elle abandonna son enfant, qu'elle est originaire d'un village de l'Oise.

**Etat actuel.** — A son entrée à Bicêtre, Pint... doit être mis dans la section des gâteux. — L'enfant est gras et a les apparences d'une bonne santé générale.

*Crâne* rond, présentant un méplat en arrière au niveau de la région pariéto-occipitale avec des bosses pariétales bombées et saillantes. — La *face* est arrondie, les bosses frontales sont saillantes, séparées par une dépression de la partie médiane du front. Les régions temporo-frontales sont apla-

ties. *Arcades sourcilières* peu saillantes. Les *cils* et les *sourcils* sont blonds et assez longs, les *cheveux*. de même couleur, descendent assez bas, puisqu'au niveau des tempes ils ne sont plus distants des sourcils que de deux centimètres. Il existe une plaque d'*eczéma* sec à la racine du nez. Les *yeux* sont grands et bien conformés, l'iris est bleu-foncé. — Le *nez* est petit; des croûtes eczémateuses encombrent les narines. Les *pommettes* sont assez saillantes. La *bouche* est grande, il existe du prognathisme du maxillaire supérieur qui rend la lèvre procidente. La *dentition* est mauvaise, les dents, irrégulières, sont mal implantées. — *Menton* rond. — *Oreilles* bien ourlées, s'écartant assez fortement du crâne.

*Cou* : rien de particulier.

*Thorax* présentant des signes indiscutables de *rachitisme;* il est légèrement excavé latéralement et à la partie moyenne, évasé à sa base et offre un léger chapelet rachitique au niveau des articulations chondro-sternales.

*Membres supérieurs* bien conformés, néanmoins on doit signaler une saillie notable des extrémités du radius et du cubitus au niveau du poignet. La peau de la région externe et postérieure des bras est sèche et légèrement squameuse. Lesmouvements sont normaux.

*Membres inférieurs.* — Rien à signaler si ce n'est la tuméfaction légère mais nette des malléoles.

*Organes génitaux* normaux. Le prépuce est long mais le gland se découvre facilement. La verge a 3 centimètres de longueur et 35 millimètres de circonférence. Les testicules, de la grosseur d'un haricot, sont situés dans les bourses.

On n'a rien noté de particulier au sujet de la *sensibilité générale*, ni du fonctionnement des organes des *sens.*

*Parole.* — L'enfant ne sait pas parler, il ne prononce que la syllabe « man » plusieurs fois répétée et s'en sert constamment en criant et en pleurant.

*Marche.* — Il ne sait pas marcher, ses jambes ne peuvent le supporter et lorsqu'on veut tenter un exercice de marche en le soutenant, il s'affaisse. — *Préhension* nulle ; il ne sait rien saisir avec les mains, ni avec les doigts.

*Alimentation.* — Pint... a peu d'appétit, est délicat, mange assez bien le potage, la soupe, le lait, mais rejette aussitôt la viande quand on veut lui en faire prendre. Il mastique bien ses aliments.

*Digestion.* — La digestion est assez bonne, pas de vomissements, de rumination, ni de salacité. Les selles sont régulières et il y a parfois quelques crises diarrhéiques. L'enfant

est *gâteux* complet. — Il ne sait prendre aucun soin de lui-même et pleure lorsqu'on le nettoie.

*Tics.* — Pint... se balance de droite à gauche, grince constamment des dents, tourne les yeux en balançant la tête. Il ne *bave* pas, ne se livre pas à l'*onanisme*.

Son *caractère* est assez coléreux et impatient; il est instable, son *attention* est nulle. — Son *sommeil* est calme, entrecoupé de réveils brusques avec cris, suivis de périodes de calmes.

28 *novembre*. — L'enfant entre à l'infirmerie. Il ne mange pas, a la langue et les lèvres sèches et fuligineuses n'a pas néanmoins de fièvre. Il a notablement maigri. — Purgatif. — *Soir* : T. R. 37°,4.

29 *novembre*. — T. R. 37°. Dépression très grande, haleine fétide. Anorexie complète. Potion de Todd. Lait et bouillon. — *Soir:* T. R. 37°,2.

30 *novembre*. — T. R. 36°,8 et le soir 37°.

1er *décembre*. — Pint... vomit tout ce qu'il prend. T. R. 37°,. Potion de Rivière, boissons glacées. — *Soir:* T. R. 37°,4.

2 *décembre*. — T. R. 37°,4 et 37°,6.

3 *décembre*. — Augmentation de la dépression. Amaigrissement progressif. Constipation opiniâtre. Lavement purgatif. T. R. 37°8. — *Soir* : T. R. 38.

4 *décembre*. — T. R. 38° et 38°,2.

5 *décembre*. — T. R. 38° et le soir 38°,6.

6 *décembre*. — L'enfant meurt à 5 heures du matin.

T. R. un quart d'heure après le décès : 41°5.

| | |
|---|---|
| Une heure après. | 41°,4. |
| Deux heures..... | 39°,5. |
| Trois heures..... | 37°,2. |
| Poids à l'entrée.. | 10k 750 |
| Après le décès... | 8k 300 |

Taille : 0m81 centimètres.

| MENSURATIONS DU CRANE. | 1887 |
|---|---|
| Circonférence horizontale maxima.................. | 465 millimètres. |
| Demi-circonférence bi-auriculaire.................. | 325 — |
| Distance de la protub. occipitale à la racine du nez. | 225 — |
| Diamètre antéro-postérieur maximum.............. | 159 — |
| — bi-auriculaire............................ | 110 — |
| — bi-pariétal................................ | 137 — |

**Autopsie.** — Le corps porte des traces de rachitisme : chapelet, incurvations des fémurs, des tibias et des radius. Les membres sont symétriques.

*Thymus* : 5 grammes. — *Corps thyroïde* : 8 grammes. — *Langue, bouche, pharynx, larynx, trachée* ; rien à noter.

*Thorax.* — *Péricarde* et *Plèvres.* — Pas de lésions apparentes et pas d'épanchement. — *Poumon droit,* 110 grammes. — *Poumon gauche,* 95 grammes. Rien de particulier si ce n'est de la congestion hypostatique au bord postérieur des deux poumons. — *Cœur* : 55 grammes, un peu flasque.

*Abdomen.* — *Péritoine* sans épanchement. — *L'estomac* et les *intestins* sont vides et ne paraissent être le siège d'aucune lésion. — *Foie,* 330 grammes, pâle et gras : rien à la vésicule biliaire. — *Rate,* 20 grammes. — *Rein droit,* 32 grammes. *Rein gauche,* 32 grammes. *Pancréas,* rien d'anormal.

Les *testicules* sont situés dans les bourses et sont du volume d'un haricot.

*Tête.* — La *dure-mère* est très adhérente au crâne. La *calotte* crânienne est mince, les sutures persistent et les fontanelles sont ossifiées. La partie postérieure gauche du crâne est plus développée que la droite. La base du crâne, les vaisseaux et les nerfs qui la traversent sont symétriques et de disposition normale. — La *pie-mère* est *très adhérente* à l'encéphale dont la consistance est molle. Il s'écoule environ 30 gr. de *liquide céphalo-rachidien.* — Poids total de l'*encéphale* : 990 gr.

**Cerveau.** — HÉMISPHÈRE DROIT. — *Face externe.* — Les scissures principales offrent un aspect à peu près normal. — Le *lobe frontal* est formé de circonvolutions assez contournées coupées de nombreux sillons courts et peu profonds et offrent d'assez nombreux plis de passage. La *scissure præfrontale* est très profonde. $F^3$ est aplatie et peu développée dans son tiers postérieur. FA est assez oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Le *sillon de Rolando,* assez profond, est très légèrement sinueux. — Le *lobe pariétal* n'offre rien de particulier au niveau de PA ni du *lobule pariétal supérieur* mais le *lobule pariétal inférieur* est formé de petites circonvolutions aplaties et *atrophiées* qui finissent par disparaître absolument au niveau du *lobe occipital* et du *lobe temporal.* — Ces deux lobes se composent d'une mince couche de substance grise recouvrant la membrane ventriculaire. Seule la première temporale existe, aplatie mais non altérée. — Le *lobule de l'insula* ne présente rien de particulier. (PL. V.)

*Face interne.* — La *circonvolution du corps calleux* est fortement aplatie surtout à sa partie postérieure. — $F_1$ et le *lobule paracentral* n'offrent rien de bien anormal. — *L'avant coin*, le *coin* et le *lobe temporo-sphénoïdal* sont formés de *circonvolutions* très minces dont les sillons ont disparu ou persistent, mais très peu profonds. Ainsi que le montre la Pl. VI, les circonvolutions de la moitié postérieure de la face interne, y compris la circonvolution de l'hippocampe (CH), sont aplaties au point que la plupart des *sillons* sont notablement effacés.

Le *pédoncule cérébral* et les *noyaux gris centraux* ont été fortement déprimés et atrophiés par *l'épanchement ventriculaire*.

Le *ventricule latéral* est *très dilaté*, surtout dans sa partie inférieure au niveau des cornes sphénoïdale et occipitale qui sont largement réunies, formant en quelque sorte une *loge distincte* de la corne frontale et séparée d'elle par les noyaux gris. La membrane qui recouvre le ventricule est épaisse, recouverte des circonvolutions au niveau du lobe frontal et du lobule P. S. ; elle forme seule, avec une légère couche de substance nerveuse, la plus grande partie des lobes temporal, temporo-sphénoïdal, occipital et le lobule pariétal inférieur, dont les *sillons* sont très effacés. (Pl. VI.)

Hémisphère gauche (450 gr.). — *Face externe.* — La face externe de l'hémisphère gauche diffère absolument de celle du droit. Les *scissures* et les *sillons* sont profonds et ont leur direction et leur aspect normaux. — *Lobe frontal.* Les quatre circonvolutions frontales sont bien contournées, de nombreux plis de passage les relient entre elles. Le *lobe pariétal*, le *lobe temporal*, le *lobe occipital* n'ont rien de notable. (Pl. VII.)

*Face interne.* — La seule particularité de la face interne consiste dans la *dilatation anormale du ventricule* qui a déterminé l'aplatissement de la circonvolution du corps calleux. La *corne frontale* du ventricule est, relativement à celle du côté droit, fort peu dilatée. Ce sont les cornes occipitale et surtout sphénoïdale qui offrent le plus grand volume. Néanmoins les parois ne sont pas minces et translucides comme à droite et les noyaux gris centraux, bien que fort déprimés, ont conservé leur forme et sont moins déprimés que du côté droit. (Pl. VIII.) La comparaison de la moitié postérieure des Pl. VI et VIII est très instructive et met bien en relief la prédominance de l'hydrocéphalie dans l'hémisphère droit.

Le *bulbe*, la *protubérance*, le *quatrième ventricule* (un peu dilaté) n'offrent rien à signaler.

*Cervelet.* — Rien à noter. L'hémisphère cérébelleux droit pèse 45 gr.; le gauche 55 gr. L'hémisphère cérébelleux droit est donc plus petit, *de même que l'hémisphère cérébral du même côté.*

*Poids des organes.*

| | |
|---|---|
| Encéphale | 920 gr. |
| Cerveau | 706 |
| Hémisphère cérébral droit | 281 |
| — — gauche | 425 |
| Cervelet et isthme | 120 |
| Hémisphère cérébelleux droit | 45 |
| — — gauche | 55 |
| Bulbe et protubérance | 20 |
| Liquide céphalo-rachidien | 90 |
| Moelle épinière | 25 |
| Corps thyroïde | 8 |
| Thymus | 5 |
| Cœur | 55 |
| Poumon droit | 110 |
| — gauche | 95 |
| Foie | 330 |
| Rate | 20 |
| Rein droit | 30 |
| — gauche | 30 |
| Pancréas | 15 |

Réflexions. — I. Cette observation ne comporte aucune réflexion au point de vue clinique. Nous ne l'avons publiée qu'en raison de son intérêt anatomique.

II. A ce point de vue, la *dilatation ventriculaire* seule mérite de fixer particulièrement notre attention. Cette dilatation porte ici principalement, sur les cornes occipitales et sphénoïdales des ventricules. Les cornes frontales sont beaucoup moins dilatées, toutefois la corne frontale droite est notablement plus distendue que celle du côté gauche. Du reste, à droite, la dilatation est beaucoup plus accentuée et les circonvolutions

pariétales, surtout au niveau du lobe P. S., sont très minces et translucides. La membrane qui tapisse les ventricules est assez épaisse, tant à droite qu'à gauche. Le *quatrième ventricule* est un peu dilaté (?), mais l'aqueduc de Sylvius n'est pas distendu. Ce cas, sous le rapport de la *forme globuleuse du cerveau*, est à rapprocher de celui de Le G.. que nous avons rapporté plus haut (p. 17-25).

La *forme de la tête* de Le Ga.. et de Pint.. (Pl. IX) est tout à fait semblable, arrondie avec une inclinaison accusée des frontaux, une saillie notable des pariétaux et une dépression assez prononcée des occipitaux. La *suture métopique* persiste dans une longueur de 3 centimètres sur le crâne de Le Ga.. (Pl. IX, *fig.* 1) et de 6 centimètres sur le crâne de Pint.. (Pl. IX, *fig.* 2). Les deux crânes sont minces avec de nombreuses plaques transparentes.

Sur la face interne de l'hémisphère droit de ces deux malades, les régions aplaties sont surtout le lobe quadrilatère et la partie postérieure de la circonvolution du corps calleux. (Chez Pint.., il y a en outre un aplatissement du lobe temporal.) — Sur la face convexe de chacun de ces mêmes hémisphères, l'aplatissement prédomine sur le lobe temporo-occipital chez Pint.. et sur la pariétale ascendante, le lobule pariétal supérieur chez Le Ga... — Dans les deux cas l'hémisphère gauche était moins lésé et il n'y avait pas d'aplatissement prononcé, lamelliforme, des circonvolutions.

---

X.

## Epidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre;

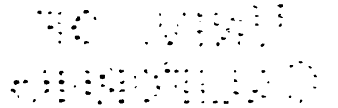
PAR BOURNEVILLE ET CHAPOTIN.

Depuis la fin du mois de juillet une épidémie particulièrement grave de fièvre typhoïde a sévi sur la section des enfants épileptiques et idiots de l'hospice de Bicêtre. Cette épidémie a atteint toute son intensité dans la dernière semaine du mois d'août et dans les deux premières semaines de septembre, et les derniers cas se sont produits dans le courant du mois de novembre.

Le nombre de ceux-ci s'élève à 16 sur une population de 460 enfants, et à ce nombre nous devons joindre deux observations fournies l'une par l'enfant d'un infirmier habitant la section, l'autre par un infirmier du service. Tout le reste de l'hospice, administrés, personnel de tout grade, est demeuré indemne, sauf la 3me section (épileptiques adultes) où deux cas se sont produits.

Le tableau suivant donne une idée de la *marche* de l'épidémie.

| NOM. | AGE. | SEXE. | DATE DE L'ENTRÉE. | COMPLICATIONS. | TERMINAISON. |
|---|---|---|---|---|---|
| Bon........ | 17 ans. | Masculin. | 20 juillet. | Perforation intestinale. | Mort. |
| Feut....... | 14 ans. | — | 25 août. | » » | Guérison. |
| Sel........ | 11 a. 1/2 | — | 26 août. | » » | Guérison. |
| Mug....... | 8 a. 1/2 | — | 27 août. | Rechûte. | Guérison. |
| Mol........ | 3 ans. | Féminin. | 28 août. | » » | Guérison. |
| Lamb...... | 11 ans. | Masculin. | 31 août. | » » | Guérison. |
| Gagn...... | 13 a. 1/2 | — | 3 septemb. | » » | Guérison. |
| Faut....... | 16 ans. | — | 5 septemb. | Forme-suraiguë. | Mort. |
| Mas........ | 4 ans. | Féminin. | 6 septemb. | Endocardite (?). | Guérison. |
| Pep........ | 13 a. 1/2 | Masculin. | 8 septemb. | » » | Mort. |
| Schn....... | 10 ans. | — | 8 septemb. | » » | Guérison. |
| Griv....... | 16 ans. | — | 8 septemb. | » » | Guérison. |
| Wei....... | 11 a. 1/2 | — | 9 septemb. | » » | Mort. |
| Cort....... | 16 ans. | — | 12 sept. | » » | Guérison. |
| Mos........ | 12 ans. | — | 13 sept. | » » | Guérison. |
| Laub...... | 14 ans. | — | 4 octobre. | Péritonite généralisée | Mort. |
| Char....... | 9 a. 1/2 | — | 11 novemb. | Perforations intestinales. | Mort. |
| Gaut....... | 7 ans. | — | 19 novemb. | Broncho-pneumonie. | Guérison. |
| Del........ | 21 ans. | — | 24 novemb. | Intens. des signes gastro-intestinaux. | Mort. |
| Gen........ | 31 ans. | — | 7 décemb. | » » | Guérison. |
| Mez........ | 27 ans. | — | 17 décemb. | » » | Guérison. |





Nous avons cherché à rapprocher de ce tableau celui des cas de fièvre typhoïde qui se seraient produits à l'hospice de Bicêtre dans ces vingt dernières années. La déclaration des maladies infectieuses n'étant devenue obligatoire que depuis le 30 novembre 1892, nous avons dû nous borner à relever les *décès* par fièvre typhoïde et nous ne nous illusionnons pas sur tout ce que peut avoir de défectueux une pareille statistique, de nombreux cas étant survenus, aussi bien dans le personnel médical que dans le personnel hospitalier et, parfois, les malades quittaient l'hospice et allaient se faire soigner au dehors.

| Nos | NOMS. | AGE. | DATE DU DÉCÈS. | ORIGINE. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Aux... Jean.... | 37 ans. | 3 décemb. 1880. | Administré. |
| 2 | Liffr... Jean.... | 10 — | 10 octobre 1881. | 5e 3e |
| 3 | Lou.. François. | 44 — | 5 avril 1882. | Administré. |
| 4 | Tin... Pierre... | 36 — | 4 janvier 1883. | id. |
| 5 | Bos... Victor... | 34 — | 18 janvier 1884. | id. |
| 6 | Agn... Joséphe. | 22 — | 28 juillet 1884. | s.-surveille. |
| 7 | Béran.. Joseph. | 51 — | 16 sept. 1891. | Administré. |

Nous ne publierons pas l'observation complète de tous nos malades ; pour ceux qui ont guéri, nous nous bornerons à quelques indications sommaires en commençant par tous les malades épileptiques ou idiots de la quatrième section. Quant à ceux qui ont succombé, — sept — nous ne relaterons en entier que les observations de quatre d'entre eux qui nous ont semblé présenter un réel intérêt.

OBSERVATION I. — **Idiotie légère.**

SOMMAIRE. — *Père ; céphalalgies persistantes, intelligence*

*faible, caractère bizarre, irascible, persécuté, onanisme même après le mariage. — Grand-oncle maternel, caractère original.*
*Rougeole, coqueluche pas de fièvre typhoïde antérieure, prolapsus du rectum, stomatite ulcéro-membraneuse, teigne tondante.*

Feut..., (Robert), 14 ans, entré à l'infirmerie le 25 août. Malade depuis la veille. Il aurait eu la *diarrhée* la nuit précédente; se plaint de souffrir de la gorge. — *Soir* : T. R. 39°,7.

26 *août.* — *Matin* : T. R. 36°, 8. Pas de céphalée, pas de délire ni de stupeur. — Toux légère, sèche, peu fréquente. — Langue saburrale, diarrhée assez abondante et fétide; foie et rate hypertrophiés; une tache rosée lenticulaire sur le côté droit de l'abdomen. — Pas d'albuminurie. — *Soir* : T. R. 40°.

*Traitement :* régime lacté, bains froids toutes les trois heures, chaque fois que la température dépasse 39°; deux lavements froids par jour.

L'état reste sensiblement stationnaire jusqu'au 2 septembre; à ce moment la défervescence commence à s'effectuer, la diarrhée diminue d'intensité ; malgré cela le malade a l'air plus affaissé et présente une légère teinte subictérique.

Un peu plus tard (8 septembre), le malade est pris pendant quatre ou cinq jours d'un délire tranquille, léger et de courte durée.

Le convalescence s'effectue sans rechûtes, la reprise de l'alimentation se fait le 25 septembre et le malade quitte l'infirmerie le 14 octobre. Le total des bains froids s'est élevé à 52.

### OBS. II. — **Idiotie légère.**

SOMMAIRE. — *Père : tics nombreux durant la jeunesse, abcès froids au cou. Grand'mère paternelle emphysémateuse. — Mère : très nerveuse, migraineuse, convulsions dans l'enfance, dix grossesses dont trois fausses couches. Grand-pére maternel asthmatique. Un frére tiqueux.*
*Syncope durant la grossesse. — Convulsions, paralysie des membres inférieurs. — Marche à quatre ans. — Rougeole, scrofule, gourme; pas de fièvre typhoïde antérieure.*

Sel..., 11 ans et demi, entre à l'infirmerie le 26 août, se

plaignant de mal de tête et de mal de gorge. Pas de signes locaux d'angine, pas de diarrhée, pas de troubles respiratoires. *Soir* : T. R. 39°, 3. Pendant plusieurs jours le malade n'offre aucune aggravation de son état général en dehors de l'élévation constante de la température qui atteint 40°, 1, le 30 septembre au soir. — Langue légèrement saburrale, *constipation*, céphalée persistante; pas d'épistaxis, pas d'abattement ni de délire.

5 *septembre*. — Diarrhée légère en même temps que quelques *taches rosées* sur la partie inférieure de l'abdomen. T. R. 40°, 1. Pas d'albuminurie.

11 *septembre*. — La défervescence commence et s'effectue régulièrement sans accidents. Le malade quitte l'infirmerie le 5 octobre.

*Traitement* : Durant toute la période d'état de la maladie, le traitement a consisté en diète lactée, potion de Todd, bains froids toutes les trois heures ; leur nombre total s'élève à 36.

### Obs. III. — **Idiotie légère.**

Sommaire. — *Pas de renseignements sur les antécédents.*

Mug..., 8 ans 1/2, est admis à l'infirmerie le 27 août se plaignant depuis la veille de douleurs de tête et de ventre. Pas de vomissements, constipation. Auscultation des poumons négative. — *Soir* : T. R. 39°,7. — *Traitement* : Régime lacté et bains froids.

État général stationnaire ; ni diarrhée, ni délire, ni stupeur. Vers le 5 *septembre* apparition de quelques *taches rosées* très discrètes sur l'abdomen , légère diarrhée. — A partir de ce moment la température baisse, la *défervescence* est complète le 10, et le malade commence à s'alimenter.

12 *septembre*. — La température remonte le soir à 38°, la diarrhée réapparait, cette petite rechûte est terminée au bout de 7 jours.

25 *septembre*. — Reprise de l'alimentation, le malade sort guéri le 6 octobre. Le nombre des bains froids dans le cours de la maladie n'a pas dépassé 12.

### Obs. IV. — **Débilité mentale et épilepsie.**

Sommaire. — *Père et mère rien de particulier. — Grand-*

*père maternel très nerveux mort d'un cancer de l'estomac. Convulsions à trois mois; — Céphalées fréquentes et rougeurs de la face. — Pas de maladies infectieuses.*

Lamb... (Louis), 11 ans, entré à l'infirmerie le 31 août, se plaignant de mal de tête. — Toux fréquente, et à l'auscultation râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine. — *Soir* : T. R. 39°,5.

Le lendemain diminution de la bronchite. — Langue blanchâtre, ballonnement du ventre, diarrhée peu abondante. *Soir*: T. R. 38°,9. Pas de délire ni de stupeur. — *Traitement*: Bains froids toutes les trois heures ; leur nonbre n'a pas dépassé 10.

Les jours suivants, légère amélioration ; diarrhée peu intense ; bronchite persistante surtout au sommet gauche.

9 *septembre*. — La *déferrescence* est effectuée, la convalescence suit son cours sans accidents et le malade sort guéri le 14 septembre.

### OBS. V. — **Rachitisme. — Idiotie congénitale.**

SOMMAIRE. — *Père, caractère emporté. — Grand'tante paternelle paralysée. — Tante maternelle morte tuberculeuse. — Mère migraineuse, très nerveuse. — Grand'père maternel alcoolique. — Oncle maternel mort tuberculeux. — Trois frères et sœurs morts de convulsions. Convulsions, rougeole, coqueluche, teigne tondante.*

Gagn... (Etienne), 13 ans $^1/_2$, entre à l'infirmerie le 3 septembre. Il serait malade depuis quelques jours, mais ne présente ni abattement ni stupeur, semble même plus éveillé que de coutume. Toux assez fréquente, râles de bronchite disséminés, prédominant aux bases. Langue normale, pas de vomissements, pas de sensibilité spéciale de l'abdomen, examen des urines impossible. — *Soir* : T. R. 39°,8.

4 *septembre*. — *Matin* : T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 40°,3.

6 *septembre*. — Signes stéthoscopiques diminués d'intensité. Quelques *taches rosées* sur la partie inférieure de l'abdomen; langue légèrement saburrale, selles régulières, pas de diarrhée. L'état général se maintient assez satisfaisant, pas d'abattement.

8 *septembre*. — Vomissements la veille ; apparition de nouvelles *taches rosées*, légère diarrhée. — Pouls rapide mais bien frappé.

10 *septembre*. — Etat général satisfaisant ; la défervescence semble s'effectuer régulièrement, pas d'aggravation des symptômes locaux. — La convalescence s'opère sans accidents. Exeat le 20 septembre.

*Traitement* : Diète lactée, bains froids au nombre de 10.

### OBS. VI. — **Syphilis héréditaire ; idiotie congénitale.**

SOMMAIRE. — *Père syphilitique, alcoolique. — Grand-père paternel, caractère violent. — Grand'mère maternelle cancéreuse. — Sœur morte de convulsions.*
*État syphilitique de la mère pendant la grossesse. — Convulsions ; pyromanie.*

Schn.... (Paul), 10 ans, entre à l'infirmerie le 8 septembre. Malade depuis quelques jours, mais ne pouvant fournir aucun renseignement sur le siège ou la nature de son mal. Perte de l'appétit, vomissements rares. Toux fréquente. — *Soir* : T.R. 39°.

9 *septembre*. — Nombreux râles de bronchite prédominant à gauche, où l'on perçoit au sommet de la submatité et des râles beaucoup plus fins. Langue humide, blanche au centre et rouge sur les bords ; pas de vomissements, pas de diarrhée, selles régulières. Pas d'épistaxis. Examen des urines impossible.

Jusqu'au 14 *septembre* la *température* baisse régulièrement, les signes stéthoscopiques diminuent peu à peu. Etat général stationnaire, l'enfant ne présente aucun abattement, se tient tout le jour assis sur son lit, balançant comme autrefois son corps d'avant en arrière.

14 *septembre*. — La température remonte le 15 au soir et atteint 38°, 9. Cependant on ne note pas d'aggravation de l'état général, pas de ballonnement du ventre, pas de taches rosées, pas de diarrhée. Puis la température recommence à descendre régulièrement, et le malade quitte l'infirmerie le 22 septembre.

*Traitement* : Diète lactée, potion de Todd, révulsifs locaux sur le thorax.

Il semble que ce malade soit entré à la période de défervescence de la fièvre typhoïde et qu'il ait fait

ensuite une petite rechûte. — Le diagnostic a surtout été posé d'après le milieu épidémique au sein duquel se sont déroulés les accidents.

### OBS. VII. — **Idiotie légère ; surdi-mutité.**

SOMMAIRE. — *Père eczémateux. — Grand'père paternel mort d'hémorrhagie cérébrale. — Arrière-grand'père maternel suicidé. — Trois frères et sœurs morts de convulsions. Convulsions ; coqueluche, pas de fièvre typhoïde ; glossite syphilitique (?) ; blépharite.*

Griv... (Edouard), 16 ans, entre à l'infirmerie le 8 septembre. Malade depuis quelques jours. — *Soir* : T. R. 38°, 9. — Toux assez fréquente, bronchite légère. Langue blanche, pas de vomissements, un peu de constipation. Pas d'albuminurie. Céphalée assez intense, pas de délire.

*Traitement* : régime lacté et purgatifs ; bains froids toutes les trois heures : 11 dans le cours de la maladie.

9 *septembre*. — *Soir* : T. R. 39°, 9. Les jours suivants la bronchite devient plus intense en même temps qu'apparaissent la diarrhée et des taches rosées sur l'abdomen et les flancs. Céphalée persistante. La température reste stationnaire aux environs de 39°.

A partir du 16 septembre, amélioration notable ; la bronchite disparait, la diarrhée est peu abondante.

22 *septembre*. — Chûte de la température. A dater de ce jour l'amélioration s'accentue, la convalescence se fait régulièrement et le malade sort guéri le 12 octobre.

### OBS. VIII. — **Idiotie congénitale.**

SOMMAIRE. — *Père syphilitique, alcoolique. Cousin imbécile. — Mère nerveuse. — Grand'mère maternelle alcoolique. — Grossesse accidentée par des chagrins. — Rougeole, pas de fièvre typhoïde antérieure.*

Cort.... (Jean,) 16 ans, entre à l'infirmerie le 12 septembre. C'est seulement depuis la veille que l'on s'est aperçu que

l'enfant semblait malade. — Langue sèche et blanchâtre, pas de vomissements, pas de diarrhée. Pas d'épistaxis. — *Soir:* T. R. 40°, 2.

Le lendemain, râles de bronchite prédominant à gauche. Langue saburrale mais sans fuliginosités des lèvres ni des dents. Dans la fosse iliaque droite la pression révèle du gargouillement mais sans aucune douleur; rate hypertrophiée; diarrhée peu intense.

Les jours suivants, l'état général reste stationnaire ; le 15 septembre apparaissent quelques *taches rosées* disséminées sur la moitié droite de l'abdomen. La bronchite a diminué d'intensité.

17 *septembre.* — Les battements cardiaques semblent tumultueux mais cependant restent bien frappés.

19 *septembre.* — La *température* qui, la veille au soir, était à 39°,3 tombe brusquement à 36°,7 en même temps que tous les signes s'atténuent, et à partir de ce jour la convalescence s'effectue régulièrement, la température se maintenant toujours un peu au-dessous de 37° et le malade sort guéri le 23 septembre.

*Traitement.* Diète lactée, potion de Todd, bains froids au nombre de 18.

### Obs. IX. — **Idiotie congénitale.**

Sommaire. — *Grand-père maternel interné à Bicêtre. Deux oncles maternels morts de convulsions; six morts en bas âge; un autre vivant, imbécile, a eu des convulsions. — Un frère a eu des convulsions.*
*Frayeur très intense dans le cours de la grossesse. — Accouchement long. — Convulsions ; rougeole, scarlatine, coqueluche ; pas de fièvre typhoïde.*

Mas... (Léon), 12 ans, conduit à l'infirmerie le 12 septembre. Depuis quelques jours, on s'est aperçu que l'enfant ne mangeait plus, était brûlant le soir. T.R. 39°, 5.

Le malade ne peut fournir aucun renseignement. Les jours suivants, on n'observe ni apparition de taches rosées, ni diarrhée, ni modifications des bruits respiratoires. La langue est blanchâtre, non sèche, pas de délire ni de prostration. Le malade est continuellement assis sur son lit.

19 *septembre.* — La température, qui jusque-là avait oscillé

autour de 39° présente des rémissions de 1°, 5 entre le matin et le soir. — Pas de modifications dans l'état général de l'enfant. Constipation nécessitant l'administration de lavements quotidiens; pas de taches rosées; quelques râles de congestion aux deux bases.

Du 24 septembre au 1er octobre la température se maintient autour de 39°, presque sans rémissions matinales, atteint même 40° le 28 au soir. Pas de modifications du côté du tube digestif. Râles de congestion persistant, peut-être un peu plus disséminés. Pas de troubles nerveux, pas d'abattement.

A partir du 1er *octobre* la courbe thermique présente à nouveau de grandes oscillations qui deviennent régulières dans les six derniers jours de la maladie.

19 *octobre*. — La température tombe à 37° et se maintient à ce niveau, atteignant même 36° le 25 octobre au soir. — On recommence alors l'alimentation du malade qui sort guéri le 29 octobre.

*Traitement :* A consisté uniquement en régime lacté absolu, potion de Todd, application méthodique de bains froids toutes les trois heures et chaque fois que la température dépassait 39° : leur nombre s'est élevé à 58.

## OBS. X. — **Épilepsie.**

SOMMAIRE. — *Père alcoolique. — Grand'mère paternelle alcoolique. — Mère très nerveuse. — Consanguinité. — Inégalité d'âge de dix ans.*

*Grossesse, vifs ennuis, deux chûtes. — Convulsions. — Onanisme à trois ans et demi. — Bronchite; varicelle.*

Gaut... (Marius), 7 ans, entre à l'infirmerie le 15 septembre. Toux fréquente; submatité à la base gauche, râles de bronchite généralisés. — *Soir :* T.R. 39°, 5.

Les jours suivants les signes pulmonaires s'accentuent et le 19 novembre on observe les signes très nets d'une *broncho-pneumonie* localisée au poumon gauche. — Signes gastro-intestinaux nuls. — Le malade est traité par les bains froids; la défervescence s'effectue en lysis et est complète le 29 novembre.

Après un ou deux jours d'apyrexie pendant lesquels on a recommencé à alimenter le malade, la température remonte. Pas d'aggravation des signes pulmonaires; mais la langue

devient saburrale, le ventre sensible avec une légère diarrhée ; rate hypertrophiée.

19 *décembre.* — Des *taches rosées* apparaissent disséminées sur l'abdomen, mais la diarrhée a presque complètement disparu.

27 *décembre.* — L'état général est assez satisfaisant ; la défervescence s'est effectuée d'une façon assez régulière, néanmoins à la base gauche persistent de la submatité et une respiration soufflante avec râles nombreux. Ce mode de respiration et la toux se sont prolongés jusqu'au 24 janvier, époque à laquelle le malade a quitté l'infirmerie.

## OBS. XI. — **Idiotie myxœdémateuse.**

SOMMAIRE. — *Grand-père maternel alcoolique. — Mère, rien de particulier. — Cousin germain, convulsions. — Tante maternelle convulsions de l'enfance, ainsi qu'un de ses enfants.*

*Accouchement à 8 mois 1/2. — Première dent à 2 ans. — Prise du sein difficile. — Myxœdème.*

Mol... (Léontine), 3 ans, née à Paris le 5 janvier 1896.

28 *août.* — Depuis deux ou trois jours a une diarrhée peu abondante mais fétide. — *Traitement* par le calomel et lavements laudanisés. — *Soir :* T. R. 38°,7. — Les jours suivants la température oscille autour de 39° ; la diarrhée devient plus abondante mais moins fétide ; pas de taches rosées, pas de sensibilité de l'abdomen.

3 *septembre.* — Diarrhée diminuée d'abondance. Aux deux bases et en arrière du thorax, râles fins dissiminés, mais sans troubles fonctionnels. La température tombe aux environs de 38°.

L'état général reste assez satisfaisant, jusqu'au 12 septembre où la situation s'aggrave progressivement ; la température remonte, et atteint 39°,5 le 13 au soir. Il survient une toux persistante, une oppression assez marquée. — Pas de troubles digestifs ni de diarrhée. — Au niveau des deux incisives médianes inférieures, qui viennent de percer, on note une légère zone d'inflammation ; salivation abondante.

Vers le 20 septembre tous les accidents inquiétants ont disparu.

### OBS. XII. — **Enfant normale.**

Mas... (Blanche), 4 ans, enfant normale, fille d'un infirmier habitant un des pavillons de la 4me section, c'est-à-dire en plein foyer épidémique.

6 *septembre*. — Se présente à la consultation ; depuis un ou deux jours se plaindrait de maux de tête, inappétence, épistaxis peu abondante.

8 *septembre*. — L'état général s'est aggravé sensiblement : céphalée persistante avec insomnie; pas de délire ni de convulsions. Langue jaunâtre au centre, rouge sur les bords, anorexie, pas de vomissements, ballonnement du ventre, une ou deux taches rosées, diarrhée. — Quelques râles de congestion surtout à gauche et en arrière ; bruits du cœur normaux. Pas d'albuminurie. — *Soir* : T. R. 39°.

Jusqu'au 18 septembre la température se maintient aux environs de 40° sans modifications bien appréciables des symptômes locaux ni généraux. A partir de ce moment, la température tend à baisser aux environs de 39° en même temps qu'on note une amélioration de l'état général.

21 *septembre*. — La température monte le soir à 40°,1 ; le 22 à 40°,5. Le 23, l'auscultation du cœur permet d'entendre très nettement un souffle systolique siégeant à la pointe et pouvant faire craindre une lésion organique. Battements du cœur précipités, mais bien réguliers; pouls bien frappé. Défervescence assez régulière de la température jusqu'au 26 septembre.

27 *septembre*. — Chûte brusque à 36°,6. Battements du cœur affaiblis, pouls petit et misérable, pas d'irrégularités. — Pas de sensibilité ni de ballonnement de l'abdomen, pas de vomissements. Injection d'*un litre de sérum artificiel* en deux fois; injection d'un gramme de caféine. Le *soir* la température remonte à 39°,4.

Les injections de sérum et d'un gramme de caféine sont continuées pendant trois jours ; la température oscille entre 38° et 39° jusqu'au 4 octobre.

4 *octobre*. — 0 gr. 50 de sulfate de quinine. La température tombe aux environs de 37° et la convalescence s'achève sans accidents.

Le *traitement* général a consisté en diète lactée, bains froids toutes les trois heures; mais l'enfant était soignée dans

sa famille, et le traitement n'a pas toujours été appliqué avec toute la rigueur désirable.

### Obs. XIII. — Épilepsie.

Gen... (Pierre), 31 ans. — Malade depuis le 7 décembre. Forme atténuée de dothiénentérie; marche régulière de la maladie. Guérison. — Traitement par les bains froids.

### Obs. XIV. — Épilepsie.

Mez... (Auguste), 27 ans. — Malade depuis le 17 décembre. État typhoïde peu marqué; l'agitation du malade empêche de suivre régulièrement la marche de la température. Guérison.

Comme nous l'avons annoncé en commençant, nous nous sommes bornés dans les observations précédentes au seul exposé de la marche de la fièvre typhoïde. Dans les suivantes, concernant les malades décédés, nous ferons de même dans quatre cas où rien de particulier ne nous a semblé à noter. Quant aux trois autres, par le long temps pendant lequel les malades ont pu être suivis, — antérieurement à leur fièvre typhoïde, par les complications qui ont entrainé la mort, par l'intérêt des autopsies, elles nous ont paru mériter d'être publiées en entier.

### Obs. XV. — Épilepsie.

Sommaire. — *Père divorcé, caractère très emporté. Un oncle paternel mort épileptique. — Mère, pied bot congénital. — Inégalité d'âge de 32 ans.*

*Le malade : pied bot congénital à gauche. — Convulsions. — Rougeole, scarlatine, pas de fièvre typhoïde antérieure. — Accidents scrofuleux.*

Fant... (Marcel), 16 ans entre à l'infirmerie le 5 septembre.

Malade depuis la veille, se plaint de mal de tête et de coliques. — *Soir* : T. R. 40°, 5.

6 *septembre*. — Se plaint toujours de mal de tête; délire peu bruyant, insomnie. — Langue large, étalée, sèche et recouverte d'un enduit jaunâtre; annorexie complète; ventre météorisé, quelques taches rosées; gargouillement dans la fosse iliaque droite; diarrhée abondante. — Pas de toux; un peu de congestion pulmonaire en haut et à droite. Pouls plein et rapide. Urines albumineuses. — Dans l'après-midi, épistaxis abondante.

7 *septembre*. — *Matin* : T. R. 39°, 9. — *Soir* : T. R. 41°,2.

9 *septembre*. — L'état général s'aggrave de plus en plus. Délire assez intense mais peu bruyant. — Langue sèche rôtie, desquamée: pas de vomissements; nouvelles taches rosées; diarrhée abondante et continue. — Respiration courte et précipitée; congestion intense occupant surtout le poumon droit; pas de toux. — Bruits du cœur rapides et faibles; pouls petit, irrégulier; extrémités légèrement cyanosées et froides. T. R. 40°, 2 et 40°.

*Traitement*. — Injections de 1 gr. 50 de caféine et d'un litre de sérum artificiel en vingt-quatre heures.

10 *septembre*. — Même état. Rythme embryocardique du cœur. T. R. 40°, 9. — Même traitement, injection d'huile camphrée en plus. — Dans le cours de la journée, les bruits deviennent de plus en plus faibles, les battements du pouls incomptables. Le malade tombe dans le *coma* et meurt le 11 à 9 heures du matin. T. R. après la mort : 40°, 5.

*Traitement* : diète lactée, potion de Todd, deux lavements froids par jour, bains froids au nombre de 39. — Opposition à l'autopsie (1).

## OBS. XVI. — **Myopathie progressive.**

SOMMAIRE. — *Grand-père paternel alcoolique. — Mère morte tuberculeuse. Grands-parents maternels tuberculeux. — Quatorze oncles et tantes morts en bas-âge; un mort idiot et présentant la même affection que le malade. — Trois frères et sœurs morts de méningite. — Pas de consanguinité.*

---

(1) Dans tous les hôpitaux, le règlement devrait autoriser l'*autopsie* comme droit absolu des médecins.

*Cyanose à la naissance. — Convulsions à dix mois. — Rougeole, varicelle, pleurésie droite à l'âge de 8 ans. 1897. — Éruption de rubéole. — Décollement de l'épiphyse. inférieure du fémur gauche, d'origine traumatique.*

Pep... (Léon), 13 ans et demi, est amené à l'infirmerie le 8 septembre à trois heures et demie de l'après-midi. Serait malade depuis plusieurs jours. — Au moment de l'entrée, T. R. 39°, 8. — A six heures du soir, T. R. 40°. — Diarrhée dans la nuit; mort le 9 septembre à 7 heures du matin.

L'AUTOPSIE faite 5 heures après le décès permet de constater sur la portion terminale de l'intestin grêle la présence de cinq ou six plaques de Peyer tuméfiées. Pas de perforations intestinales (1).

## OBS. XVII. — Épilepsie.

SOMMAIRE.— *Père, f. intermittentes, excès de boisson, tremblement des mains.— Grand-père paternel alcoolique.— Arrière-grand'mère paternelle morte en enfance.— Grand-oncle paternel mort d'apoplexie. Oncle paternel mort alcoolique. — Cousins et cousines morts de convulsions, de méningite; un autre a été interné à Bicêtre à l'âge de 7 ans.* (2) — *Mère très nerveuse, convulsions dans l'enfance, migraines au moment des règles, mouvements involontaires dans les bras et le pied gauche.— Grand-père, deux arrière-grands-pères, grand-oncle maternels alcooliques. — Un grand-oncle mort de convulsions. — Une tante a eu des convulsions; sujette à des crises nerveuses. — Cousins morts de méningite: un est arriéré. — Sœur morte de méningite. — Pas de consanguinité.*

*Pas de rapports dans l'ivresse. — Frayeur pendant la grossesse. — Convulsions à six mois. — Vertiges à treize mois. — Rougeole à un an. — Bronchite légère à dix-huit mois. Pas de fièrve typhoïde antérieure.*

(1) Notre remplaçant, M. le Dr Nageotte, médecin *suppléant* de Bicêtre, a demandé que l'autopsie fut faite avant le délai réglementaire de 24 heures, en raison de la rapidité de la mort.

(2) Idiotie congénitale par arrêt de développement des circonvolutions du cerveau (Guill.. Fernand).

Wei... (Georges), 11 ans 1/2, entre à l'infirmerie le 9 septembre. — Pas de renseignements sur la date du début de la maladie ; l'enfant se présente avec une langue blanchâtre un peu sèche, une diarrhée légère : pas de vomissements, de ballonnement du ventre ni de taches rosées ; légère hypertrophie de la rate. Pas d'épistaxis, toux légère, sans signes stéthoscopiques nets. Examen des urines impossible. — *Soir* : T. R. 40°,5.

12 *septembre*. — État saburral de la langue et fuliginosités des dents ; haleine très fétide ; pas de sensibilité de l'abdomen, pas de taches rosées ; la diarrhée a cessé depuis la veille. Le malade ne tousse pas, mais l'examen du thorax révèle de la submatité aux deux bases en même temps que l'affaiblissement du murmure respiratoire à ce niveau et quelques râles disséminés dans toute l'étendue des deux poumons. Pouls faible et misérable, extrémités refroidies et cyanosées. Profond état de torpeur. — Injections de caféine.

14 *septembre*. — État stationnaire ; selles régulières, sans diarrhée. La *température* oscille autour de 40°.

17 *septembre*. — Dans la journée *convulsions limitées au côté droit*. Le soir la température remonte à 40°,6.

18 *septembre*. — L'état général baisse de plus en plus : respiration embarrassée et très faible ; constipation ; pouls à peine sensible, extrémités cyanosées. — Traitement : injections de caféine et de sérum artificiel.

22 *septembre*. — La prostration devient de jour en jour plus profonde. *Convulsions épileptiformes* prédominant du côté droit. — *Soir* : T. R. 40°,9. (*Fig.* 8)

23 *septembre*. — Matin : T. R. 40°,5. Mort dans le coma.

*Traitement*. Régime lacté, lavements froids, bains froids toutes les trois heures au nombre de quatre-vingts. Contrairement à ce que nous avons observé dans les cas de guérison, la température après chaque bain s'abaissait en général d'un degré à peine.

*Température après la mort.*

| | Corps, | Chambre |
|---|---|---|
| Aussitôt la mort | 40°2 | 18° |
| 1/4 d'heure après la mort | 39° | 18° |
| 1 heure après la mort | 38°5 | 18° |
| 2 heures — — | 37° | 17° |
| 3 — — — | 35° | 17° |
| 5 — — — | 20° | 18° |
| 8 — — — | 18° | 18° |

**Autopsie** pratiquée vingt-huit heures après le décès. -- TÊTE

*Cuir chevelu* maigre et pâle. — *Crâne* allongé, les os sont peu durs, larges plaques transparentes au niveau des angles des pariétaux. Entre ces plaques et la suture frontale, il existe sur la face externe du crâne une *dépression* assez marquée. Les sutures persistent sur les deux faces et sont très finement dentelées; de plus, la suture inter-pariétale décrit plusieurs courbes à rayons assez grands dans sa moitié antérieure. Les sutures pariéto-occipitales sont très sinueuses. — Nombreuses adhérences de la *dure-mère* au crâne. — Les différentes fosses de la base du crâne ainsi que les différentes parties de la base de l'encéphale, artères et nerfs, paraissent normales et symétriques. — Liquide céphalo-rachidien en quantité normale.

*Hémisphère gauche.* Épaississement très marqué de la pie-mère le long de la scissure de Sylvius et du sillon de Rolando.

*Hémisphère droit.* Pie-mère très injectée et épaissie au niveau de la scissure de Sylvius: la décortication est très difficile et entraîne des fragments du manteau cérébral qui semble être le siège d'une légère inflammation.

Des deux côtés, surtout à droite, les *lobes frontaux* sont formés de *circonvolutions assez grêles* avec des *sillons superficiels,* des plis de passage rares. Les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes sont bien développées et très asymétriques. Les plis pariétaux inférieurs et supérieurs sont tout-à-fait dissemblables sur les deux hémisphères. Il en est de même des *lobes temporaux* dont les circonvolutions sont grosses, unies, presque rectilignes à droite, alors qu'elles sont moins volumineuses, sinueuses et sillonnées à gauche. Les circonvolutions des *lobes occipitaux* sont assez grêles mais plus symétriques. On note la même asymétrie sur la face interne des deux hémisphères. La circonvolution du corps calleux et la circonvolution frontale ont un aspect grossièrement chagriné à gauche qu'on ne trouve pas à droite.

*Thorax.* — Adhérences assez récentes des deux feuillets de la *plèvre droite* à la base; pas d'épanchement liquide. *Poumon droit* fortement congestionné à la base. Lobe inférieur du *poumon gauche* très congestionné; la pression fait sourdre un liquide purulent. — *Ganglions trachéo-bronchiques* engorgés.

| | 1889 | | 1890 | | 1891 | | 1892 | | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. |
| Janvier | — | — | 8 | 407 | 15 | 88 | 9 | 34 | 9 | 2 | 5 | » | 4 | » | 5 | » | 4 | » | 9 | » |
| Février | — | — | 4 | 251 | 6 | 118 | 7 | 25 | 5 | » | 2 | » | 7 | » | 5 | » | 2 | 1 | 5 | » |
| Mars | — | — | 3 | 175 | 5 | 27 | 22 | » | 9 | » | 1 | » | 7 | » | 13 | » | 3 | » | 14 | » |
| Avril | — | — | 10 | 192 | 12 | 130 | 12 | 13 | 11 | 40 | 3 | » | 5 | » | 12 | » | 7 | » | 8 | » |
| Mai | — | — | 11 | 283 | 9 | 104 | 10 | 2 | 8 | » | 1 | » | 9 | » | 9 | » | 9 | » | » | » |
| Juin | — | — | 2 | 26 | 7 | 50 | 15 | 5 | 5 | » | 2 | » | 9 | » | 11 | » | 17 | » | 6 | » |
| Juillet | — | — | » | 27 | 9 | 51 | 28 | » | 5 | » | 16 | » | 7 | » | 6 | » | 7 | » | 8 | » |
| Août | 5 | 316 | 6 | 15 | 11 | 21 | 21 | » | 1 | » | 6 | » | 10 | » | 10 | 4 | 9 | » | 8 | » |
| Septembre | 5 | 771 | 6 | 13 | 9 | 85 | 47 | 4 | 1 | » | » | » | 9 | » | 7 | » | 7 | » | 9 | » |
| Octobre | 5 | 368 | 16 | 126 | 9 | 8 | 2 | » | 3 | » | 7 | » | 4 | » | 10 | » | 5 | » | — | — |
| Novembre | 6 | 200 | 9 | 56 | 10 | 24 | 6 | » | 1 | » | 10 | » | 4 | » | 8 | » | 5 | » | — | — |
| Décembre | 18 | 382 | 19 | 236 | 17 | 48 | 12 | » | 4 | » | 8 | » | 2 | » | 5 | » | 3 | » | — | — |
| Totaux | 39 | 2.037 | 94 | 1.807 | 119 | 757 | 191 | 83 | 62 | 42 | 61 | » | 77 | » | 101 | 4 | 78 | 1 | 67 | » |

| MESURES DE LA TÊTE. | 1889 | 1890 | | 1891 | | 1892 | | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Août. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. |
| Circonférence horizontale maxima.. | 47.5 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Demi-circonférence bi-auriculaire .. | 29.5 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30.5 | 30.5 | 31 | 31 | 31 | 31 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 | 32 |
| Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez .... | 34 | 34 | 34.2 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 35 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 | 36 |
| Diamètre antéro-postérieur maxim. | 16 5 | 17 | 17 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| — bi-auriculaire — | 10 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 15 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| — bi-pariétal — | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 | 13.5 |
| — bi-temporal — | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 |
| Hauteur médiane du front.......... | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

*Tableau du poids et de la taille.*

| | 1889 | | 1890 | | 1891 | | 1892 | | 1893 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Janv.* | *Août.* | *Janv.* | *Juill.* | *Janv* | *'uill.* | *Janv.* | *Juill.* | *Janv.* | *Juill.* |
| Poids. | — | 13.400 | 13.600 | 14 kg | 15 kg. | 16.700 | 20 kg. | 21 kg. | 20 kg | 20 kg. |
| Taille. | — | 0.90 | 0.915 | 0.95 | 0.95 | 0.97 | 0.98 | 0.99 | 1.05 | 1.10 |

| | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Janv* | *Juill* | *Janv.* | *Juill.* | *Janv.* | *Juill* | *Janv.* | *Juill.* | *Janv.* | *Juill.* |
| Poids. | 20.500 | 20.500 | 21.300 | 22.200 | 22 kg. | 22.700 | 21.800 | 21.800 | 23 kg. | 23.900 |
| Taille | 1.12 | 1.13 | 1.14 | 1.15 | 1.18 | 1.19 | 1.21 | 1.21 | 1.23 | 1.24 |

Poids après décès : 17 kg. 900.

*Abdomen.* — *Rate* grosse et diffluente. — *Plaques de Peyer* tuméfiées, au nombre de six dans la portion terminale de *l'intestin grêle.* Pas de perforation.

*Poids des Organes.*

| | |
|---|---|
| Cerveau | 940 gr. |
| Hémisphère cérébral droit | 470 |
| — — gauche | 470 |
| Cervelet et isthme | 160 |
| Hémisphère cérébelleux droit | 70 |
| — — gauche | 70 |
| Bulbe et protubérance | 20 |
| Liquide céphalo-rachidien | Petite quantité. |
| Moelle épinière | 25 |
| Corps thyroïde | 15 |
| Thymus | Pas. |
| Cœur | 100 |
| Poumon droit | 365 |
| — gauche | 290 |
| Foie | 930 |
| Rate | 120 |
| Capsule surrénale droite | 5 |
| — — gauche | 5 |
| Rein droit | 70 |
| — gauche | 75 |
| Pancréas | 41 |

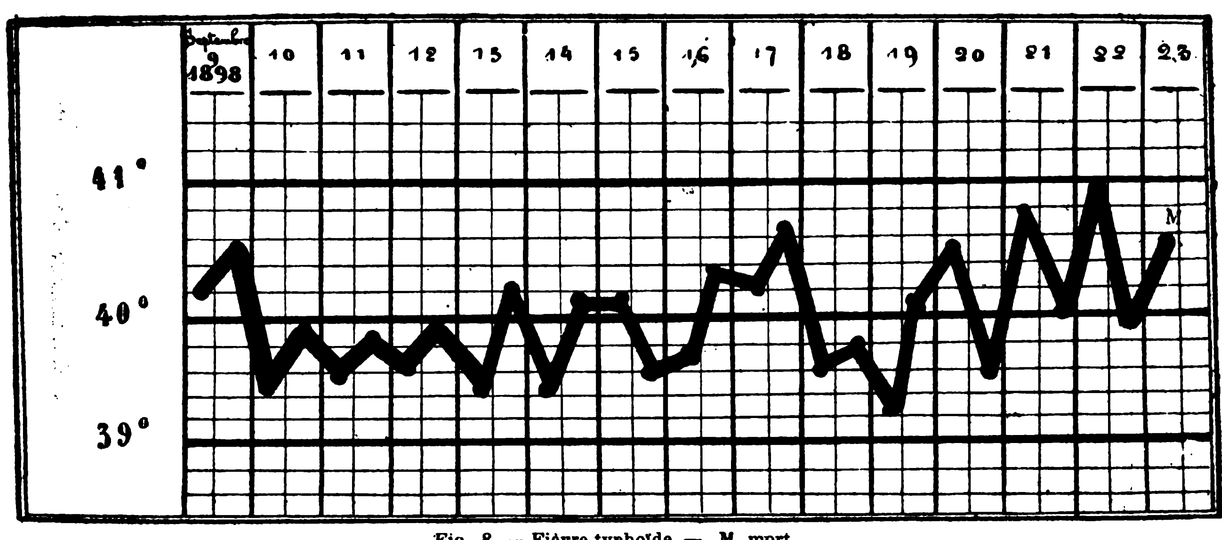


*Fig. 8.* — Fièvre typhoïde. — M, mort.

### OBS. XVIII. — **Fièvre typhoïde chez un infirmier.**

Del..., infirmier, 21 ans. Malade depuis plusieurs jours, est entré à l'Infirmerie générale le 24 novembre. Jusqu'au 6 décembre, température très élevée, se maintenant entre 40° et 41°. Signes pulmonaires minimes, par contre signes gastro-intestinaux très intenses : fuliginosités des lèvres et des gencives, état saburral de la langue ; anorexie très prononcée ; ventre ballonné et très sensible, taches rosées multiples, diarrhée abondante et très fétide. Léger délire. — Les battements du cœur se maintiennent assez énergiques.

A partir du 17 décembre, la température a commencé à décroître, en même temps que le malade prend régulièrement un gramme de sulfate de quinine. La convalescence s'effectue très lentement. A partir du 25 décembre, la température oscille entre 37° et 38° jusqu'au 10 janvier. A cette époque, le malade fait une rechute qui dure jusqu'au 21 janvier : la température n'a pas dépassé 39°, puis elle est retombée aux environs de 37°. Mais par la suite l'état général ne s'est pas amélioré d'une manière sensible : le malade, dans un grand état de maigreur, présente des phénomènes de dénutrition très intenses et *succombe brusquement* à *une syncope* le 9 février.

### OBS. XIX. — **Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions. Fièvre typhoïde, perforation intestinale.**

SOMMAIRE. — *Père arriéré, se livre à l'onanisme jusqu'à un âge avancé. — Grand'père paternel « simple d'esprit » — Arrière grand'père paternel, esprit faible, mort cancéreux. — Mère rien de particulier. — Arrière grand'mère maternelle très nerveuse. — Arrière grand'père paternel suicidé. — Un oncle et une tante maternels morts d'apoplexie. — Un frère idiot et une sœur imbécile.*

*Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 7 ans.*

*Accouchement avant terme. — Gémellarité. — Attaques de faux croup. — Diarrhée fréquente, ascarides. — Rougeole à 8 ans. — Scarlatine à 9 ans. — Fièvre typhoïde, perforation. — Mort.*

**Autopsie.** — *Perforation à la partie terminale de l'intestin grêle. — Pas de péritonite généralisée. — Congestion pulmonaire. — Quelques adhérences pie-mériennes.*

X... (G...), né le 25 novembre 1881, est entré à l'hospice de Bicêtre le 4 novembre 1889.

**Antécédents.** *(Renseignements fournis par sa mère en novembre* 1889.) — PÈRE, 40 ans, employé à la Banque, est « simple d'esprit », dit la mère, et n'a pu entrer dans cette administration que grâce à de multiples protections. Pas de suite dans les idées; « son écriture et son raisonnement sont ceux d'un enfant » : il entre dans de violentes colères sous un prétexte futile. Sobre, ne fume pas. Pas de migraines, pas de névralgies, pas de rhumatismes, pas de maladies de peau. Sujet à de petites *crises nerveuses* s'accompagnant d'oppression, spasmes, pleurs, et durant une demi-heure environ. Réformé du service militaire pour faiblesse de constitution, s'est marié à 32 ans : masturbateur endurci, il lui arrivait souvent dans les premiers temps de son mariage de se livrer à l'onanisme auprès de sa femme, bien que celle-ci ne lui eut point refusé les rapports. Il cherche aussi à avoir sa fille dans son lit; sa femme l'a surpris les mains sur les parties génitales de l'enfant.

[Son *Père,* 75 ans, huissier retraité du ministère des finances, ne sait pas lire. Bien portant ; caractère faible, sujet à de *violents accès de colère.* — *Mère,* 60 ans, très intelligente. — *Grands-parents paternels,* pas de renseignements. — *Grand-père maternel* « simple d'esprit, » mort d'un *cancer de l'estomac.* — *Grand'mère maternelle* intelligente, morte à 82 ans. — Ni *frères* ni *sœurs.* — Une *tante maternelle jumelle* morte en naissant. Pas d'autres renseignements sur le restant de la famille.]

MÈRE, 35 ans, s'occupe des soins du ménage. Intelligente et bien portante, pas nerveuse, aurait eu dans son enfance des adénites suppurées du cou. *Migraines* fréquentes surtout avant et pendant les règles. Pas de maladies de peau, pas de rhumatismes, pas de névralgies. — [*Père,* 77 ans, très nerveux, n'a jamais été malade. — *Mère,* 70 ans, bien portante, pas nerveuse, aurait eu la gravelle. — *Grand-père paternel* mort d'une maladie de cœur. — *Grand'mère paternelle* très nerveuse, sujette à de *fréquentes attaques,* est morte du choléra. — *Grand-père maternel* s'est *suicidé* après des affaires de bourse. — *Grand'mère maternelle* morte à 78 ans d'une

fluxion de poitrine. — Pas d'oncles paternels. — Une seule *tante paternelle* morte *tuberculeuse*. — Neuf *oncles* ou *tantes maternels* : trois tantes vivantes, plus que septuagénaires; les autres sont morts de fluxion de poitrine, de la pierre, deux oncles et une tante sont morts d'*apoplexie* — *Quatre frères* dont un mort-né; des trois autres, aucun n'a eu de convulsions : l'un est mort à quelques mois après une chûte sur la tête; l'autre est mort à vingt-sept ans des suites d'une affection syphilitique, présentant de la nécrose d'un fémur; le troisième est mort des fièvres en Cochinchine. — Une *sœur* morte de la *coqueluche* à un âge peu avancé. — Dans le reste de la famille pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de difformes, etc.] (1).

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de sept ans.

*Trois enfants :* 1° garçon, *idiot*, soigné à la 4e section de l'asile de Bicêtre; — 2° notre malade; — 3° fille *imbécile*, *jumelle* avec le malade.

**Notre malade**. — A la *conception*, père bien portant, mais la mère était convalescente depuis un mois à peine d'une *fièvre typhoïde*; celle-ci déclare, d'ailleurs, qu'elle n'éprouvait aucune affection pour son mari, mais seulement un sentiment de pitié, qu'elle ne restait avec lui qu'à cause de son fils, qu'elle redoutait d'avoir d'autres enfants malades comme le premier. — *Grossesse* difficile : vomissements, étouffements, œdème volumineux des membres inférieurs et des mains; pas de renseignements concernant l'albuminurie. Pas de traumatismes. — *Accouchement* trois semaines *avant terme*; grossesse *gémellaire*; le malade est venu le premier; *accouchement* facile. — Pas d'asphyxie à la *naissance*. — Élevé au sein par sa mère jusqu'à deux mois, par une nourrice sur place jusqu'à un an. — *Première dent* à dix mois; *dentition complète* à trente mois. — A *marché* à treize mois, a commencé à être *propre* à deux ans, a prononcé les *premiers mots* vers quatre ans. — *N'a jamais eu de convulsions.* — Sujet à des accès de *faux croup* revenant deux ou trois fois chaque hiver et toujours la nuit. — Pas de coqueluche, de

(1). Le *grand-père paternel* de l'enfant est mort en 1896, à l'âge de 80 ans, d'un *cancer de la joue.* — Son *grand-père maternel* est mort en 1898 à 84 ans d'une congestion pulmonaire; il avait conservé son intelligence. Une *grand'tante maternelle* est morte à 88 ans, également en 1898, avec toute sa connaissance. « On vit vieux dans les deux familles. » (Renseignements donnés en 1899).

rougeole, de scarlatine, de fièvre typhoïde. — Sujet à la *diarrhée*, a eu beaucoup d'*ascarides*. A six ans, *brûlure* à la tête avec une casserole d'eau chaude (pas de cicatrices). — Pas d'accidents de scrofule (gourme, adénite). A l'âge de six ans et demi, pendant trois mois, le malade a présenté de l'*incontinence d'urine* et parfois même des selles.

C'est vers l'âge de deux ans que sa mère s'est aperçue que G... présentait quelque chose d'anermal : elle ne pouvait lui faire distinguer ses yeux, son nez. Envoyé à l'école à l'âge de trois ans, il n'y a rien fait; à cinq ans sa mère lui a appris les lettres, mais n'a jamais pu le faire syllaber : il est impossible de fixer un seul instant son attention.

**Etat actuel.** — *Physionomie* peu intelligente ; G .. a l'air assez bien portant physiquement.

*Tête.* Le *crâne* offre un volume normal ; les bosses pariétales et frontales sont saillantes, symétriques ; les fontanelles fermées. Cheveux blonds, abondants, bien plantés ; pas d'épi, tourbillon postérieur médian.

*Visage* de forme allongée. Arcades sourcilières peu saillantes, sourcils blonds, peu abondants, séparés par un intervalle de cinq centimètres. Les fentes palpébrales sont bien ouvertes, égales, les cils longs, bien implantés, sans trace de blépharite ; les pupilles sont égales, normalement dilatées, réagissant bien à la lumière ; il est impossible de savoir si elles réagissent de même à l'accommodation, ni quel est l'état du champ et de l'acuité visuels : le malade ne reconnait pas les couleurs. — Pas de strabisme, d'exophtalmie, de nystagnus. — La *bouche* est régulière, mesure quarante cinq millimètres de longueur : lèvres assez épaisses ; voûte palatine arrondie, pas de saillie des amygdales. Seules des dents permanentes, les incisives médianes et les premières prémolaires supérieures et inférieures sont poussées ; les dents de lait incisives, deuxièmes molaires) persistent encore, plus ou moins cariées. Le malade distingue les saveurs agréables, de même pour les odeurs. — Les *oreilles* sont un peu déplissées dans leur partie inférieure, le lobule est aplati et adhérent.

Le *cou*, assez long, mesure vingt-cinq centimètres de circonférence ; quelques ganglions roulant sous le doigt sur les parties latérales du cou.

*Thorax* régulièrement conformé : auscultation des poumons et du cœur négative. Quelques ganglions dans les aisselles.

Les *membres* sont normaux, symétriques : on n'observe ni

troubles de la motilité, ni de modification du réflexe. — *Sensibilité*. fonctions trophiques. rien de particulier.

*Puberté*. — Corps complètement glabre. — *Verge :* gland découvrable, longueur 5 cm., circonférence 5 cm. *Testicules* situés à la partie supérieure du scrotum, du volume d'un gros noyau de cerise. Région anale saine.

Le caractère de G.. est un peu craintif, affectueux, assez gai, il est sujet parfois à des *accès de colère*. Il n'est ni voleur, ni gourmand, n'a pas de tics ; jusqu'à présent on n'a pas observé de tendance à l'onanisme, le sommeil est profond et tranquille. — G.... parle. mais très mal ; il prononce à peu près toutes les lettres de l'alphabet, sauf j-r-x. Il sait endosser ses vêtements, mais ne sait ni se boutonner ni se lacer seul ; il ne sait pas non plus se laver. Sa tenue à table est bonne, il n'a ni salivation, ni régurgitation, ni rumination. Il se sert de la cuiller et de la fourchette, non du couteau. Mis à la petite école, il ne manifeste aucune application ; il est très turbulent, incapable d'attention. Il connait, avons-nous dit, les lettres, mais ne sait pas les arranger pour en faire des syllabes ; il n'a aucune notion des chiffres ni des nombres, non plus que des surfaces ni des solides. Il connait les différentes parties de son corps et de son habillement, ainsi que les principaux objets qui l'entourent.

21 *novembre*. — Entré au pavillon d'isolement. Le malade accuse du mal de tête. La face est rouge, les conjonctives injectées. Quelques taches rouges disséminées sur les lombes et les jambes ; l'abattement est assez marqué. T. R. 38°, 4.

Dans la journée, l'*éruption rubéolique* s'accentue. Au visage, elle envahit seulement le front et le derrière des oreilles ; sur le dos elle est très confluente, beaucoup moins sur l'abdomen et la racine des membres. La toux est fréquente, rauque, la dyspnée assez intense. A l'auscultation, respiration rude et râles sibilants au sommet gauche. Angine érhythémateuse, amygdales volumineuses ; ganglions sous-maxillaires et latéraux-cervicaux assez volumineux des deux côtés. — *Soir :* T. R. 40, 5. — *Traitement* : lait, bouillon, potion de kermès, teinture d'iode sur le cou.

22 *novembre*. — L'éruption a complètement envahi le thorax, l'abdomen, la racine des cuisses. Catarrhe oculaire et nasal très prononcé. T. R. 40°, 6 et 39°, 2.

23 *novembre*, — L'éruption commence déjà à pâlir ; la toux est rauque et toujours très intense. T. R. 39, 5 et 39°, 4.

24 *novembre*. — L'éruption pâlit de plus en plus ; pas d'albuminerie. T. R. 38° 6 et 38°.

26 *novembre*. — L'éruption a entièrement disparu, mais

les signes pulmonaires persistent ; les quintes de toux, entrainant des efforts nauséeux, surviennent presque sans

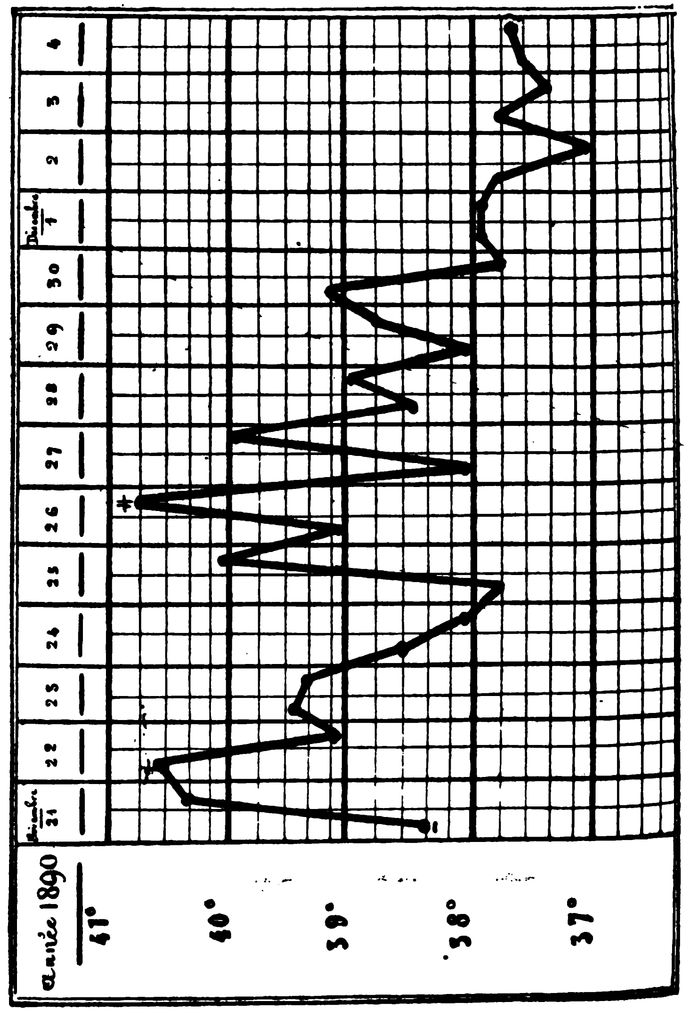



*Fig. 9.* — Rougeole. + Éruption complète. — ++ Accidents pulmonaires.

discontinuer ; murmure vésiculaire très diminué d'intensité.

— Urines très chargées en urates. — *Matin* : 39°. — *Soir* : T. R. 40°,8.

27 *novembre*. — Urines très rares, très chargées d'urates; pas d'albumine.

28 *novembre*. — Oligurie persistante. Submatité à la base du poumon droit; murmure respiratoire affaibli, quelques frottements et quelques râles disséminés.

30 *novembre*. — État stationnaire, la température oscille entre 38 et 39°. (*Fig*. 9).

2 *décembre*. — La température descend : T. R. 37°, 8 et 37°, 1. Les signes stéthoscopiques diminuent, la toux se fait de plus en plus rare.

15 *décembre*. — Le malade sort guéri.

1890. 22 *juillet*. — G.. X.. est aujourd'hui très énervé, excité, saute sur les infirmières pour les embrasser.

*Puberté*. Corps complètement glabre. — *Verge* : gland découvrable, longueur 5 cm. 5, circonférence 5 cm. *Testicule gauche* descendu dans les bourses, le droit maintenu au niveau de l'orifice inguinal. — Région anale normale.

7 *octobre*. — Vaccination sans succès.

28 *octobre*. — Entré au pavillon d'isolement, en présentant les signes d'une *fièvre scarlatine* au début. — La maladie, dans son ensemble évolue d'une façon bénigne ; seule, au début, l'angine est assez intense, l'éruption peu marquée, la température atteint 41°, 2 le 30 au soir et la desquamation commence le lendemain. A aucun moment le malade n'a présenté d'albuminurie. Il sort guéri le 17 décembre. (La *fig*. 10 représente la marche de la *température*.)

1891. 20 *janvier*. — G... qui, la veille, a rendu plusieurs *vers* entre à l'infirmerie. — Traitement par le *calomel*.

21 *mai*. — Envoyé à l'infirmerie pour des *troubles gastro-intestinaux* (vomissements et diarrhée).

23 *juillet*. — *Puberté*. Corps complètement glabre. *Verge* : gland découvrable ; longueur 5 cm. 5, circonférence 5 cm. *Testicules* descendus, égaux, du volume d'une olive.

Au point de vue de l'écolage. G... ne fait aucun progrès : il est toujours impossible de fixer son attention.

1892. 2 *juillet*. — *Puberté*. Pas de modifications. — État stationnaire du malade. — *Traitement* par les douches, les bains salés, la gymnastique.

*Décembre*. — G... a fait, dans le courant de l'année, quelques progrès en classe : il prononce distinctement les r et les

bl, ce qu'il ne pouvait faire auparavant ; il commence à syllaber, à reconnaitre les chiffres, à compter au boulier. Il sait de même les jours de la semaine, les mois, les saisons et

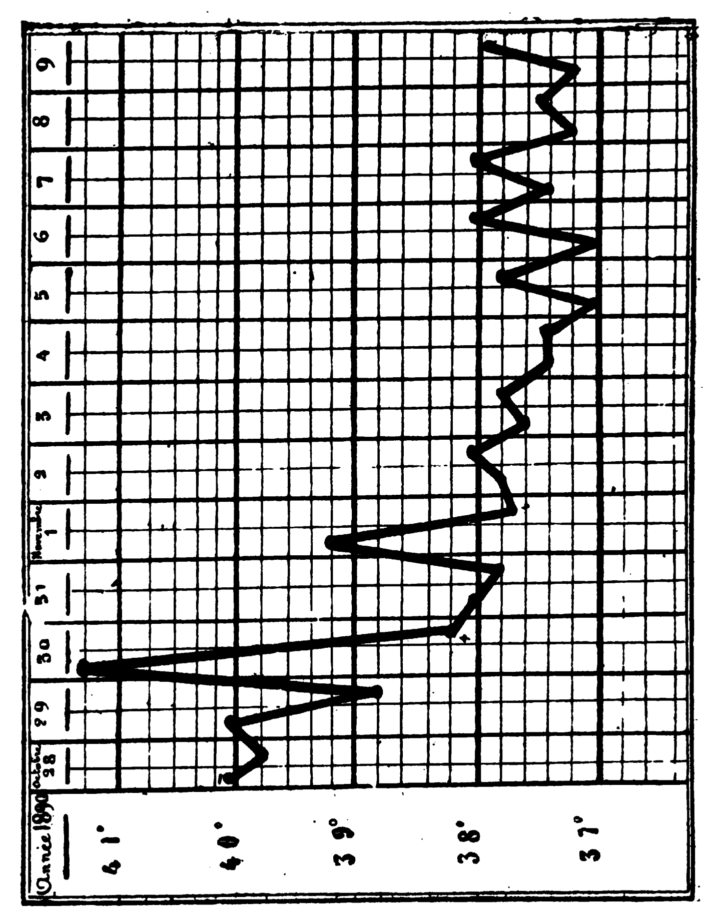



*Fig. 10.* — Scarlatine.

reconnait les différentes parties de son corps. — Caractère un peu fantasque, mais bon cependant.

1893. — Même état, même traitement.

*Décembre.* — G... parvient à faire quelques phrases et à rectifier certains mots qu'il dénaturait complètement au début : mais la voix est toujours rude et sans aucune modulation. Il a fait des progrès en lecture et en calcul, distingue le masculin du féminin, le singulier du pluriel, reconnait les couleurs, nomme les surfaces. Mais il ne fait aucun progrès en écriture, ne peut même suivre le tracé des lettres ; il n'y met du reste aucune bonne volonté, son attention est toujours aussi instable.

1894. 16 *juin.* — *Puberté.* Pas de modifications.

1895, 1896, 1897. — Pas de changements bien appréciables au point de vue de la santé de l'enfant, non plus que du développement de son intelligence.

1898. *Janvier.* — *Puberté.* — Face glabre. Trois ou quatre poils noirs, courts, frisés, dans l'aisselle droite. Pubis : poils bruns, frisés, assez longs. — *Verge* : pas de phimosis ; longueur : 8 centimètres ; circonférence : 7 centimètres. *Testicules* en place dans le scrotum, du volume d'un œuf de pigeon. — Quelques poils à la région périanale.

20 *juillet.* — X... entre à l'infirmerie, toussant et se plaignant de douleurs dans la poitrine. Depuis trois ou quatre jours, on a observé qu'il était malade, mais cependant l'appétit était conservé. La langue est légèrement saburrale ; pas de vomissements, pas de sensibilité spéciale de l'abdomen, légère diarrhée. — *Soir* : T. R. 40°, 4.

21 *juillet.* — Toux fréquente, mais sans expectoration, submatité à la base droite ; affaiblissement du murmure respiratoire à ce niveau, respiration rude et soufflante au sommet correspondant. — Langue blanchâtre et humide, pas d'augmentation du foie ni de la rate ; diarrhée disparue. — Pas d'albuminurie.

24 *juillet.* — La *température* se maintient aux environs de 40°. Le malade dort peu, mais ne présente cependant ni abattement ni délire, il répond bien aux questions qu'on lui pose, le regard demeure vif, le teint rosé. — La toux persiste en même temps que la respiration devient plus rude. — Langue blanchâtre et sèche au centre ; quelques taches rosées sur la partie supérieure de l'abdomen.

25 *juillet.* — Même état, léger ballonnement du ventre, pas de diarrhée.

26 *juillet.* — La température tombe le matin à 38° et se relève le soir à 40°, 3. Le malade est très affaibli, et les bains

froids qui les jours précédents déterminaient des abaissements de température de deux degrés, l'abaissent à peine de deux ou trois dixièmes de degré. — La langue est un peu sèche et on note sur l'abdomen une éruption assez considérable de *taches rosées* et sur la partie antérieure du thorax une éruption confluente de *sudamina*. — *Rate* légèrement hypertrophiée, pas de diarrhée.

27 *juillet*. — Battements du cœur mous et intermittents, extrémités froides et cyanosées. Respiration soufflante et rude aux deux sommets. La température oscille entre 40°, 3 et 39°, 7. La réaction après les bains se fait mieux que la veille.

28 *juillet*. — Etat stationnaire; intermittence et faiblesse extrême des battements cardiaques. — Deux ventouses scarifiées à la région précordiale. — T.R. 39°, 8 et 40°, 5.

29 *juillet*. — La température tombe le matin à 39°, 8 et se relève le soir à 40°, 6; le malade est plus abattu que les jours précédents. Belle effervescence de taches rosées sur le flanc gauche, pas de diarrhée. Battements cardiaques faibles et présentant quelques intermittences; extrémités froides. — Moins de râles et de sibilances dans la poitrine. — Traitement : caféine en potion.

30 *juillet*. — Les taches rosées pâlissent sur l'abdomen et au niveau du flanc gauche, mais persistent sur la face antérieure des cuisses; légère diarrhée très fétide. — Battements du cœur réguliers et mieux frappés.

31 *juillet*. — Etat stationnaire. — T. R. 39°, 8 et 40°, 3.

1er août. — T. R. 37°, 6 et 39°, 4.

2 *août*. — Les taches rosées disparaissent de plus en plus. Pas de diarrhée. Abattement assez prononcé du malade.

4 *août*. — Torpeur moins grande. *Soir* : T. R. 40°, 4. —

6 *août*. — Diarrhée dans la journée. — T. R. 39°, 2 et 40°, 4.

8 *août*. — Toux plus fréquente; murmure respiratoire affaibli, mais peu de râles. La diarrhée continue. — Le soir à cinq heures, après un bain, le malade est pris de *syncope* avec pâleur et lypothymie, ayant duré près de deux heures. *Matin* : T. R. 38°, 4. — *Soir* : T. R. 41°.

9 *août*. — Etat de torpeur et de pâleur du malade. Sur l'abdomen les taches rosées ont réapparu; pas de ballonnement ni de sensibilité spéciale. — Respiration voilée à la base gauche; râles de congestion assez nombreux à droite

10 *août*. — Amaigrissement considérable, *eschares* au sacrum et le long du rachis. — Langue chargée et blanchâtre, pas de vomissements, léger ballonnement de l'abdomen, mais sans réaction spéciale à la pression, pas de diarrhée. —

Dyspnée assez intense, pas de toux, pas d'expectoration, souffle et râles nombreux à droite, moins abondants et plus disséminés à gauche. — Pouls rapide, mais régulier et assez

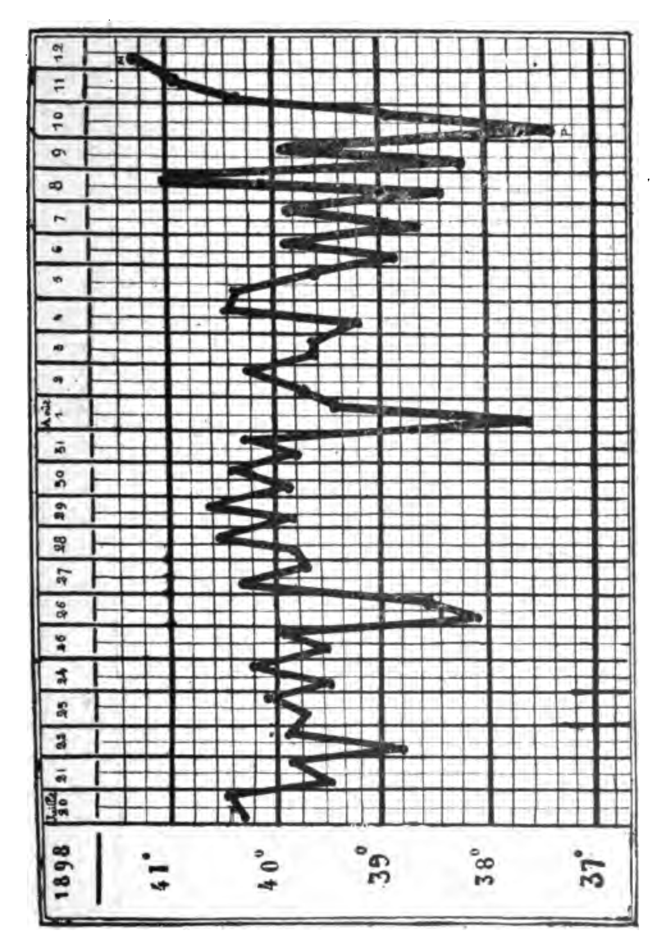



*Fig.* 11. — Fièvre typhoïde. — M. mort.

bien frappé. — Le matin la température est tombée à 37°, et remonte le soir à 39°.

11 *août.* — Même état; dans la journée, agitation violente traitée par des applications de glace sur la tête et l'injection d'un centigr. de morphine. La température monte progressivement à 41°. *(Fig. 11.)*

12 *août.* — *Mort* à 9 heures du matin. La température, deux heures avant la mort, était de 41°, 3.

*Traitement.* — Le traitement général institué le 24 juillet a consisté en diète lactée et potion de Todd; bains froids toutes les trois heures, chaque fois que la température dépassait 39°; deux lavements froids par jour. Le nombre des bains s'est élevé à 75.

*Température après décès.*

| | Du Corps. | De la Chambre. |
|---|---|---|
| Aussitôt la mort ............... | 41°, 5 | 16° |
| 1/4 d'heure après la mort ....... | 40° | 16° |
| 1 heure » » ....... | 39°, 5 | 17° |
| 2 heures » » ....... | 38° | 17° |
| 3 » » » ....... | 37° | 17° |
| 4 » » » ....... | 30° | 18° |
| 7 » » » ....... | 25° | 18° |
| 10 » » » ....... | 25° | 18° |
| 14 » » » ....... | 18° | 18° |
| 17 » » » ....... | 18° | 18° |

*Tableau du poids et de la taille.*

| | 1889 | | 1890 | | 1891 | | 1892 | | 1893 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Janv. | Nove. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. |
| Poids. | — | 21.506 | 21.500 | 23 kg. | 25 kg. | 28 kg. | 30 kg. | 32.700 | 35 kg. | 37.500 |
| Taille. | — | 1.21 | 1.21 | 1 22 | 1.225 | 1.23 | 1.25 | 1.29 | 1.32 | 1.35 |
| | **1894** | | **1995** | | **1896** | | **1897** | | **1898** | |
| | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. |
| Poids. | 35 kg. | 33 kg. | 33 kg. | 33 kg. | 31.200 | 32.700 | 33 kg. | 35 kg. | 36 kg. | 39.300 |
| Taille. | 1.35 | 1.35 | 1.35 | 1.35 | 1.36 | 1.39 | 1.40 | 1.44 | 1.47 | 1.53 |

Poids après décès : 28 kg. 500.

| MESURES DE LA TÊTE. | 1895 | 1890 | 1891 | 1892 | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Novemb. | Janv. | Janv. | Janv. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. |
| Circonférence horizontale maxima ........... | 52 | 52 | 52 | 52 | 51 | 52 | 52.5 | 52.5 | 53 | 53.5 | 54 | 54 | 54 | 55 | 55 | 55 |
| Demi-circonférence bi-auriculaire............. | 33 | 33 | 33 | 33.5 | 33.5 | 33.5 | 33.5 | 33.5 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 35 | 35 | 35 |
| Distance de l'articulation occipito-altoïdienne à la racine du nez......................... | 37 | 37.5 | 37.5 | 37.5 | 37.5 | 37.5 | 37.5 | 37.5 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38.2 | 38.2 | 38.2 |
| Diamètre antéro-postérieur maximum........ | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18.5 | 18.5 | 18.5 | 18.5 | 19 | 19 |
| — bi-auriculaire — ........ | 11 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 12 | 12 | 12 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 13 | 13 | 13 |
| — bi-pariétal — ........ | 14.5 | 14.5 | 14.7 | 14.7 | 14.7 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 16 | 16 | 16 |
| — bi-temporal — ........ | 10 | 10.5 | 11 | 11 | 11 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 12 | 12 | 12 | 12.5 | 12.5 |
| Hauteur médiane du front.................... | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5.5 | 5.5 | 5.5 | 5.5 | 5.5 | 6 | 6 | 6 | 6 |

Ce tableau montre que la tête s'est développée régulièrement, dans toutes ses dimensions, mais avec une certaine lenteur.

**Autopsie** faite vingt-quatre heures après la mort. — TÊTE. — *Cuir chevelu* maigre. — *Crâne* un peu épais (5 à 6 mill. d'épaisseur). Région frontale très étroite. Quatre plaques transparentes au niveau de la fontanelle antérieure. Toutes les *sutures* persistent, aussi bien à la face interne qu'à la face externe ; six os *wormiens* sur la suture pariéto-occipitale gauche et trois sur la droite. — *Dure-mère* peu épaisse. — *Apophyse crista-galli* lamelliforme. — Disposition symétrique des différents orifices, des *artères* et des *nerfs* de la base de l'encéphale. — *Glandes pinéale* et *pituitaire* ne présentant rien de particulier. — Les *deux lobes frontaux* sont accolés dans leur quart postérieur.

CERVEAU. — *L'hémisphère cérébral gauche paraît un peu plus petit et un peu moins développé* à la région frontale que le droit. Les circonvolutions des deux hémisphères sont assez complexes et unies par des plis de passage assez nombreux.

*Hémisphère droit* (570 gr.). — La décortication se fait en général assez facilement ; toutefois, çà et là, on enlève des fragments de substance surtout à la face interne du lobe frontal, sur le gyrus rectus, sur quelques points de F. A., et principalement sur la moitié antérieure de la circonvolution du corps calleux. Cet hémisphère, un peu plus volumineux que le gauche, est d'une description plus simple. Les grands plis du cerveau (scissure de Sylvius, sillon de Rolando, etc., etc.) y sont bien plus nettement accusés.

*Lobe frontal.* — $F^1$, $F^2$, $F^3$ ont, bien que très contournées, un trajet antéro-postérieur parallèle assez régulier. $F^1$ est subdivisée en deux circonvolutions parallèles par un sillon interrompu plusieurs fois. Ces trois circonvolutions qui communiquent fréquemment à leur origine, se jettent toutes trois dans F A, qui, assez volumineuse, n'est coupée que vers son cinquième supérieur par une incisure au-dessous du pli de passage qui termine $F^1$. $F^3$ devient grêle et aplatie au niveau de son tiers postérieur, une incisure très profonde la coupe un peu avant son union avec le pied de F A.

*Lobe pariétal.* — P A est parfaitement autonome. Elle communique en bas avec F A, formant l'opercule rolandique peu développé ; en haut elle se bifurque pour donner deux plis de passage au lobe pariétal supérieur. Cette circonvolution est très mince et très aplatie. Les lobules pariétal supérieur et inférieur offrent exactement la même disposition que ceux du côté gauche.

*Lobe temporal.* — Comme à gauche $T^1$ est nettement autonome tandis que $T^2$ et $T^3$ sont unies.

Le *lobe occipital* peut être divisé en trois petites circonvolutions séparées par des sillons très peu marqués. Rien de particulier à noter au niveau de l'insula.

*Face interne.* Comme pour l'hémisphère gauche, il n'y a aucune disposition particulière. $F^1$, L. P., A. C, C, CCC, les circonvolutions de l'hippocampe, et temporo-occipitales, le corps calleux, les noyaux gris n'ont rien d'anormal au point de vue morphologique.

*Hémisphère gauche* (565 gr.). — Quelques adhérences aux mêmes points que du côté opposé. — Pas d'anomalie au point de vue de la configuration générale. La *scissure de Sylvius* et ses deux branches, le *sillon de Rolando*, la *scissure perpendiculaire externe* et tous les principaux sillons existent et occupent la situation normale.

*Face externe.* — *Lobe frontal.* $F_1$ peu volumineuse, présente de nombreux plis de passage avec les circonvolutions voisines : un d'abord avec $F_3$, vers la corne frontale, puis cinq avec $F_2$. Au niveau de son quart postérieur est le dernier pli de passage avec $F_2$ qui semble continuer la circonvolution; une incisure sépare le quart postérieur qui se jette dans FA. $F^2$ a la forme d'une S couchée horizontalement, la première partie est convexe en haut, et communique avec $F^2$ par les plis de passage déjà signalés, et avec $F_3$ par deux plis de passage importants, l'un tout à fait antérieur et l'autre médian. $F_3$ est un peu grêle, surtout au niveau du territoire de Broca. FA est indépendante dans ses $^2/_3$ inférieurs, qui se terminent en bas par un pli de passage avec $F_3$, en haut par un autre avec $F_2$. Son tiers supérieur, complètement isolé en bas par une incisure, forme deux noyaux, un inférieur isolé, un supérieur communiquant avec $F^1$.

*Lobe pariétal.* PA est excessivement grêle; elle bifurque en bas et communique en avant avec FA, en arrière avec le reste du lobe pariétal. Elle se termine en haut d'une façon analogue. Pas de pli de passage dans son trajet. La scissure intrapariétale offre sa forme ordinaire en demi cercle et les deux lobules supérieur et inférieur peuvent être considérés comme deux circonvolutions autonomes, un peu contournées, surtout le lobule pariétal inférieur.

*Lobe occipital.* Rien de bien particulier; les circonvolutions de ce lobe paraissent n'être que la continuation et les dépendances des lobes voisins.

*Lobe temporal.* $T_1$ a son autonomie. Un peu grêle vers la

corne (?), un seul passage l'unit à son quart antérieur avec $T^2$. Elle se termine à la partie antérieure du LPI., dont elle est néanmoins séparée par une fissure. $T_2$ et $T_3$ sont unies par de nombreux plis de scissures, les sillons qui sont entre elles sont peu profonds, surtout dans leurs deux tiers postérieurs, de sorte qu'il est difficile de les décrire comme deux circonvolutions distinctes. — Rien à noter à l'*insula*.

*Face interne*. — La face interne ne présente aucune grosse anomalie, $F^1$ est subdivisée par un sillon longitudinal. Le lobule paracentral, l'avant-coin, le coin, les circonvolutions du corps calleux, de l'hippocampe, tempo-occipitales, etc., ont leur disposition normale, ainsi que les plis fronto-limbique et pariéto-limbique. Il en est de même du corps calleux, des ventricules, des noyaux gris et du pédoncule cérébral.

Sur les deux hémisphères la *pie-mère* est mince et ne présente pas de vascularisation. Pas de foyers de sclérose ni d'aspect chagriné des circonvolutions. — Le *corps strié*, la *couche optique*, la *corne d'Ammon*, ne présentent rien de particulier.

Le *liquide céphalo-rachidien* est en quantité normale. — Le *cervelet*, la *protubérance* et le *bulbe* n'offrent rien à noter.

*Cou et thorax*. — *Corps thyyroïde* (10 gr.), semble normal. Pas de persistance du *thymus*. — *Poumon droit* (130 gr.), congestion intense, surtout au sommet. — *Poumon gauche* (105 gr.), congestion en foyers disséminés. Pas d'épanchement ni d'adhérences pleurales. Pas d'épanchement péricardique. — *Cœur* (160 gr.), parait normal ; *trou de Botal* oblitéré; pas de lésions valvulaires, pas de coloration feuille-morte du muscle.

*Abdomen* distendu par les gaz. Pas d'inflammation généralisée du péritoine. — Tout près de la portion terminale de l'intestin grêle, *perforation* unique, du volume d'une lentille et très légère inflammation du péritoine circonvoisin. — A l'ouverture de l'intestin, plaques de Peyer gonflées, mais non ulcérées. — *Foie* volumineux ; vésicule biliaire distendue par la bile, mais ne contenant pas de calculs. — *Rate* diffluente et volumineuse ; état de putréfaction avancé. — *Reins* et *organes génitaux*, rien d'anormal.

*Poids des organes.*

| | |
|---|---|
| Encéphale | 1310 gr. |
| Cerveau | 1135 |
| Hémisphère cérébral droit | 570 |
| — — gauche | 565 |
| Cervelet et isthme | 175 |
| Hémisphère cérébelleux droit | 75 |
| — — gauche | 75 |
| Bulbe et protubérance | 25 |
| Liquide céphalo-rachidien | quantité ordinaire |
| Moelle épinière | 45 |
| Corps thyroïde | 10 |
| Thymus | Pas |
| Cœur | 160 |
| Poumon droit | 130 |
| — gauche | 105 |
| Foie | 890 |
| Rate | 140 |
| Capsule surrénale droite | 8 |
| — — gauche | 8 |
| Rein droit | 130 |
| — gauche | 105 |
| Pancréas | 60 |

RÉFLEXIONS. — Avant de relever quelques-unes des particularités de la fièvre typhoïde chez ce malade, nous croyons utile de mettre en relief les points intéressants de son histoire.

I. L'*hérédité* est très chargée. Le *père*, d'une intelligence médiocre, est sujet à des *accès de colère* sans motif, à des *crises nerveuses*, à des *impulsions génitales* un peu anormales. Le *grand-père paternel* était violent il a succombé, très âgé, à un *cancer de la face* ; un *arrière-grand-père paternel*, *simple d'esprit*, est mort d'un *cancer* de l'estomac. — La *mère*, a une bonne santé, à part des *migraines* ; elle est très bien douée au point de vue intellectuel et moral. Le *grand-père maternel* était très nerveux. Une *arrière-grand' mère* a été sujette à des *attaques* de *nerfs*, un *arrière-grand-père* s'est *suicidé*, deux *grands-oncles* et une *grand'tante* sont morts d'*apoplexie*. Enfin le malade a un *frère idiot* et sa *sœur jumelle* est *arriérée* à un degré assez prononcé.

II. Notons que la *grossesse* est survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, qu'elle a été compliquée de vomissements fréquents et que la naissance a eu lieu *avant terme*. — L'enfant n'a jamais eu de convulsions et son état d'idiotie doit être rattaché à un *arrêt de développement congénital des circonvolutions*.

III. Les signes de dégénérescence physique sont peu accusés. En revanche, sous le rapport intellectuel, l'enfant était *idiot* à un degré prononcé et, chez lui, le traitement médico-pédagogique, malgré le dévouement et l'habileté de sa mère qui s'en est occupée avec le plus grand dévouement, n'a donné que de médiocres résultats.

IV. Nous avons reproduit le tracé de la *température* durant la *rougeole* et la *scarlatine* afin que l'on puisse comparer la marche de la température dans ces deux maladies et mieux se rendre compte de la température dans la *fièvre typhoïde*.

V. En ce qui concerne cette dernière maladie nous n'avons qu'à noter la marche de la température avec trois abaissements à des intervalles presque égaux, la perforation intestinale et l'élévation de la température terminale.

OBS. XX. — **Idiotie et épilepsie. — Fièvre typhoïde compliquée de péritonite généralisée consécutive à une appendicite.**

SOMMAIRE. — *Père, famille du père, rien de particulier. — Mère bien portante. — Famille de la mère tuberculeuse : père, mère, frère et deux sœurs tuberculeux.*
*Premières convulsions limitées à la face. — A 8 mois première crise épileptiforme. — Caractère emporté, mendiant — Rougeole. — Teigne. — Fièvre typhoïde. — Mort par péritonite généralisée.*

**Lau..** (**Maurice**), né à Paris le 12 novembre 1884, entre à Bicêtre le 18 septembre 1890.

**Antécédents** (*Renseignements fournis par la mère de l'enfant*). — Père, 53 ans, homme de peine au chemin de fer du Nord. Toujours très bien portant, pas de convulsions durant la première enfance; travailleur, intelligent, pas d'excès de boissons ; pas d'accidents rhumatismaux, ni d'affections cutanées. — [*Famille du père.* — Son *père* est mort âgé, sa *mère* est morte à 74 ans ; pas d'autres renseignements non plus que sur les *grands parents* que la mère n'a pas connus. — Deux *sœurs* dont l'une morte à 42 ans d'un *cancer de l'utérus;* l'autre, âgée de 57 ans, en bonne santé. — Un *frère* mort accidentellement, avait des enfants bien portants et n'ayant jamais eu de convulsions.]

Mère, 47 ans, femme de ménage, d'apparence robuste, toujours bien portante ; pas de convulsions, pas de migraines, pas de bronchites ni de douleurs rhumatismales, ni d'affections cutanées, etc. — [*Famille de la mère.* — *Père* mort à 49 ans de *tuberculose pulmonaire;* pas d'excès de boissons. — *Mère* morte à 42 ans, également *tuberculeuse.* — *Grands parents* morts âgés. — Pas de renseignements sur les oncles et tantes. — Deux *sœurs* et un *frère* morts de *tuberculose pulmonaire* vers l'âge de 20 ans.]

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 6 ans (père plus âgé).

6 *enfants* dont 5 vivants ; pas de fausses couches : 1° garçon, 22 ans, très bien portant, intelligent ; — 2° garçon mort à 13 mois d'une broncho-pneumonie rubéolique ; — 3° fille, 18 ans, intelligente, santé très délicate, probablement tuberculeuse ; — 4° et 5° garçon, 14 ans, intelligent et une fille, 11 ans, bien portante ; — 6° le malade.

**Antécédents personnels.** — Au moment de la *conception*, les parents étaient en bonne santé. — *Grossesse* très bonne, ni traumatisme, ni émotion, etc... — *Accouchement* à terme, facile, pas d'accidents ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant, pas d'asphyxie. — Élevé au sein par sa mère jusqu'à l'âge de 18 mois ; il semblait ne différer en rien des autres enfants ; il n'a présenté aucune affection aiguë jusqu'à l'âge de 6 mois. — A cette époque, pendant son sommeil, sa mère s'aperçoit qu'il présente du clignotement des paupières et des *convulsions* des globes oculaires ; qu'il a perdu connaissance, mais n'offre ni raideur des membres ni émission d'urines. — Cette *première crise* a duré cinq minutes au plus et, à la

suite, le malade est resté abattu un moment. Trois jours après, *nouvelle crise*. A partir de là, les crises reviennent une fois ou deux par semaine, avec les mêmes caractères jusqu'à l'âge de 8 mois.

A cet âge, le malade est pris, un jour, de *violentes convulsions* débutant par les muscles de l'œil; le tronc est en extension, les membres offrent des convulsions toniques puis cloniques, *prédominant* du *côté gauche* ; morsure de la langue. La perte de connaissance a duré 4 heures consécutives. Pendant la première heure les convulsions toniques ont persisté sans discontinuer. A la fin de cet *état de mal*, la respiration est devenue si irrégulière et si faible que ses parents l'ont cru mort. Deux jours après, au dire de la mère, l'enfant avait encore de la fièvre.

Depuis lors les accès n'ont jamais cessé pendant plus d'un mois à cinq semaines. Ils reviennent assez régulièrement pendant le jour, l'après-midi surtout, parfois précédés de vomissements. Les convulsions prédominent tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

A mesure que le malade avançait en âge, le caractère de ces crises se modifiait légèrement : le début s'annonçait par une sorte d'aura ; l'enfant criait : « je vais être malade » ou bien portait ses mains à l'épigastre comme s'il y ressentait une douleur spéciale : jamais de cri initial. Puis le visage devenait très pâle, le malade « tournait la tête comme pour suivre quelque chose qui s'envolait, » et tombait à terre en perdant connaissance ; alors survenaient des convulsions toniques du tronc et des membres, ensuite des convulsions cloniques d'un seul côté ou des deux côtés; enfin morsure de la langue, écume, miction involontaire. Ces accès durent un quart d'heure, vingt minutes ; après la crise le malade est plongé dans la somnolence et présente un peu de fièvre (?) — Rarement on a observé plus d'un accès dans la même journée : parfois le malade a eu quelques vertiges.

*Marche* à 10 mois, *parole* à 20 mois, *propre* de très bonne heure. C'est seulement depuis l'âge de 4 ans que la mère a observé que l'intelligence de son enfant était en retard, bien que sa mémoire fut assez bonne : il imitait les cris des marchands ambulants, retenait avec beaucoup de facilité les chants des chanteurs des cours. Mis à l'école, on n'a pas voulu le garder, parce qu'il était turbulent, taquin. Pas de mauvais instincts, sentiments affectifs peu développés ; conscience du danger.

**État actuel.** — *Physionomie* assez éveillée. — Volume de la

tête normal. pas de saillie exagérée des bosses ; cheveux châtains foncés ; front assez développé, cicatrice sur la partie droite; sourcils châtains assez fournis; légère conjonctivite; iris brun, pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation ; l'enfant a bonne vue mais ne sait pas distinguer les couleurs. — *Nez* aquilin, assez volumineux à la partie inférieure ; pommettes régulières, un peu colorées, visage ovale. — Bouche, lèvres, voile du palais, langue, rien d'anormal ; amygdales volumineuses. — *Menton* rond. — *Oreilles* écartées, de dimensions normales.

*Cou*, circonférence 25 centimètres ; à la palpation quelques petits ganglions le long des parties latérales.

*Membres supérieurs* et *inférieurs*, rien de particulier. — Sensibilité et réflexes normaux.

*Thorax* régulier. La percussion et l'auscultation des poumons et du cœur ne décèlent aucun signe pathologique. — *Abdomen* normal. — *Puberté*. — Corps complètement glabre ; verge : longueur 6 cent., circonférence 45 millimètres, — testicules égaux, du volume d'une petite olive ; — rien à la région anale.

1891. *Février*. — Placé à la petite école, le malade y montre peu de bonne volonté; il est d'un caractère entier, querelleur, grossier et boudeur si on le contrarie; cependant il aime qu'on s'occupe de lui ; il a envie de tout ce qu'il voit et mendie continuellement de l'argent auprès de toutes les personnes qu'il rencontre.

1892. 10 *février*. — L'enfant contracte la *rougeole* et entre au pavillon d'isolement : T. 39° ; éruption confluente sur le tronc et le visage, plus discrète sur les membres ; toux rauque, mais cependant peu de signes à l'auscultation; rhinite et conjonctivite catarrhales assez intenses ; pas de gêne de la déglutition, voix normale. Potion à l'acétate d'ammoniaque ; limonade citrique.

11 *février*. — Éruption confluente sur le tronc et les membres ; dyspnée légère, le malade respire la bouche ouverte, râles sons-crépitants et muqueux dans toute l'étendue du poumon gauche. Pouls régulier. T.R. 38°, 2.

12 *février*. — Dyspnée et toux disparues, la voix reste un peu rauque. L'éruption persiste encore au visage ; considérablement atténuée sur le reste du corps où elle offre l'aspect de petites papules livides dont quelques-unes desquament. T.R. 37°, 4.

23 *février*. — Lau.., guéri, est renvoyé à la petite école. — *Traitement* : sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue.

1893. — Aucune modification dans le caractère de l'enfant qui est toujours irascible et mendiant. Il arrive à placer à peu près convenablement les lettres, mais est incapable de toute attention. — Hydrothérapie.

1894. — État stationnaire ; mendie toujours.

1895. — État de déchéance ; l'intelligence s'affaiblit de plus en plus, la parole devient embarrassée ; les accès sans être plus fréquents durent plus longtemps.

*Puberté*. — Corps complètement glabre ; verge : longueur, 55 millim., circonférence 60 millim. Gland découvert, testicules de la grosseur d'une petite olive ; anus normal.

1896. — Le nombre des accès a augmenté considérablement, la déchéance s'accentue ; elle porte principalement sur la *parole* qui est embarrassée, le malade bave fréquemment, prononce des mots sans suite ou répète le même mot pendant toute une journée. Caractère entêté, mendie toujours.

1897. — Atteint de *teigne tondante*, il entre au pavillon d'isolement le 9 avril et en sort guéri le 13 octobre. — *L'état de déchéance* ne fait que s'aggraver ; l'enfant ne sait plus prendre soin de lui, est continuellement déshabillé, le visage et les mains sales. Il bave continuellement, crie et pleure des journées entières. Il erre sans cesse de côté et d'autre sans savoir où il se dirige et sans chercher à se sauver.

1898. 4 *octobre*. — Depuis quelques jours, fièvre avec toux, anorexie ; pas de vomissements, ni de diarrhée. T. R. 39°, 9.

5 *octobre*. — Aspect prostré du malade. Toux fatiguante, nombreux râles de bronchite disséminés et prédominant surtout à droite ; application de ventouses en avant et en arrière du thorax. — Pas de diarrhée, ventre légèrement météorisé. T.R. 39°, 9 et 40°, 4.

6 *octobre*. — Bronchite diminuée d'intensité. Pas de sécheresse de la langue ni de fuliginosités des dents ; ventre ballonné, quelques *taches rosées* au pourtour de l'ombilic. Dans l'après-midi, diarrhée légère. T. R. 39°, 6 matin et soir.

Le *traitement* est alors institué tel qu'il a été établi pour tous les malades atteints dans le cours de l'épidémie ; savoir : régime lacté, potion de Todd, deux lavements boriqués froids par jour, température rectale prise toutes les 3 heures et

| MESURES DE LA TÊTE. | 1890 | 1891 | 1892 | 1893 | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Septembre. | Janvier. | Janvier. | Janvier. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. |
| Circonférence horizontale maxima | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54.5 |
| Demi-circonférence bi-auriculaire | 33 | 33 | 33 | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 | 35 | 35 | 35 | 36 | 36 | 36 |
| Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 38 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 | 39 |
| Diamètre antéro-postérieur maximum | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | 17.5 | 17.5 | 17.5 | 18 | 18 | 18 | 18.5 | 19 | 19 |
| — bi-auriculaire | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12.5 | 12.5 | 12.5 | 13 | 13 |
| — bi-pariétal | 14 | 14 | 14.5 | 14.5 | 14 5 | 14.5 | 14.5 | 14.5 | 14.5 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| — bi-temporal | 11 | 11 | 11 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 11.5 | 12 | 12 | 12 |
| Hauteur médiane du front | 4.5 | 4.5 | 4.2 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 4.5 | 5 | 5 | 5 |

| | 1890 | | 1891 | | 1892 | | 1893 | | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. | Accès. | Vertiges. |
| Janvier | — | — | 2 | » | » | 30 | » | » | 1 | » | 10 | » | 28 | 1 | 10 | » | 18 | » |
| Février | — | — | » | » | 2 | » | » | » | 2 | » | 20 | » | 22 | » | 15 | 1 | 10 | » |
| Mars | — | — | 2 | » | 1 | » | 3 | » | 4 | » | 5 | » | 22 | » | 34 | » | 14 | » |
| Avril | — | — | 2 | » | 1 | » | » | » | 5 | » | 1 | » | 15 | » | 2 | » | 20 | » |
| Mai | — | — | 11 | » | » | » | 5 | » | 1 | » | 6 | » | 7 | » | 2 | » | 14 | » |
| Juin | — | — | 2 | » | 5 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 8 | » | 9 | » | » | » | 12 | » |
| Juillet | — | — | 5 | » | 2 | » | 1 | » | » | » | 3 | 1 | 17 | » | » | » | 9 | 1 |
| Août | — | — | 1 | » | » | 1 | 5 | » | 8 | » | 10 | » | 15 | » | 3 | » | 7 | » |
| Septembre | 2 | 4 | 4 | 25 | 5 | 1 | 3 | » | » | » | 7 | » | 4 | » | 4 | » | 20 | » |
| Octobre | 15 | 2 | 9 | » | 3 | » | 1 | » | 7 | » | 11 | » | 1 | » | 4 | » | — | — |
| Novembre | 2 | 7 | 5 | 5 | 4 | » | 9 | » | 5 | » | 7 | » | 7 | » | 15 | » | — | — |
| Décembre | 5 | 9 | 2 | » | 3 | » | 1 | » | 17 | » | 13 | » | 42 | » | 9 | » | — | — |
| Totaux | 24 | 22 | 45 | 30 | 26 | 34 | 29 | 3 | 52 | 2 | 101 | 1 | 189 | 1 | 98 | 1 | 124 | 1 |

bains froids toutes les fois que la température dépasse 39°.

7 *octobre*. — Etat stationnaire. T. R. 39°,7 et 39°,3.

10 *octobre*. — Les dents sont recouvertes d'un enduit grisâtre très fétide et les lèvres de croûtes facilement saignantes. Météorisme abdominal et taches rosées en partie disparus ; la diarrhée a complètement cessé. Le malade est agité, crie sans cesse ; mouvements continuels durant lesquels il s'assied sur son lit et se laisse retomber en arrière, frappant durement sa tête sur l'oreiller.

*Tableau du poids et de la taille.*

| | 1890 | | 1891 | | 1892 | | 1893 | | 1894 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Janv.* | *Sept.* | *Janv.* | *Juill.* | *Janv* | *Juill.* | *Janv.* | *Juill.* | *Janv.* | *Juill.* |
| Poids. | — | 19 » | 19.700 | — | 21 » | — | 23 » | 25 » | 25 » | 23 » |
| Taille. | — | 1.06 | 1.06 | — | 1.08 | — | 1.10 | 1.13 | 1.17 | 1.19 |

| | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | | Poids après décès : |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Janv.* | *Juill.* | *Janv.* | *Juill.* | *Janv.* | *Juill.* | *Janv.* | *Juill.* | |
| Poids. | 30 » | 30 » | 29 » | 27 » | 28 » | 27 » | 29 » | 31 » | 26 kg. 300. |
| Taille. | 1.19 | 1.20 | 1.21 | 1.22 | 1.24 | 1.25 | 1.27 | 1.29 | |

12 *octobre*. — Légère amélioration ; l'agitation a diminué d'intensité. — Lavements avec 50 centigrammes de sulfate de quinine. Depuis le 6 octobre, la T. oscille entre 39° et 40°.

13 *octobre*. — Bruits du cœur très rapides et très affaiblis ; 0 gr. 80 de caféine en injections.

14 *octobre*. — Même état, continuation du traitement.

15 *octobre*. — Amélioration de l'état général, les fuliginosités des dents et des lèvres ont disparu, la diarrhée a complètement cessé et le malade n'accuse aucune douleur à l'exploration de l'abdomen. Le cœur est bien remonté, on suspend la caféine. Du 13 oct. à ce jour, la T. oscille entre 38° et 39°.

16 *octobre*. — État stationnaire dans la matinée ; vers deux heures de l'après-midi, on a observé que le malade devenait pâle, somnolent, avait les traits tirés. Le soir la température monte brusquement de 38°,6 à 40°,6 et le malade meurt à 10 heures 1/2 du soir dans un état comateux. (*Fig.* 12.) —

| | T. R. Du corps. | T. Chambre. |
|---|---|---|
| Température aussitôt la mort ....... | 39°,9 | 18° |
| — 1/4 d'heure après ...... | 38° | 18° |

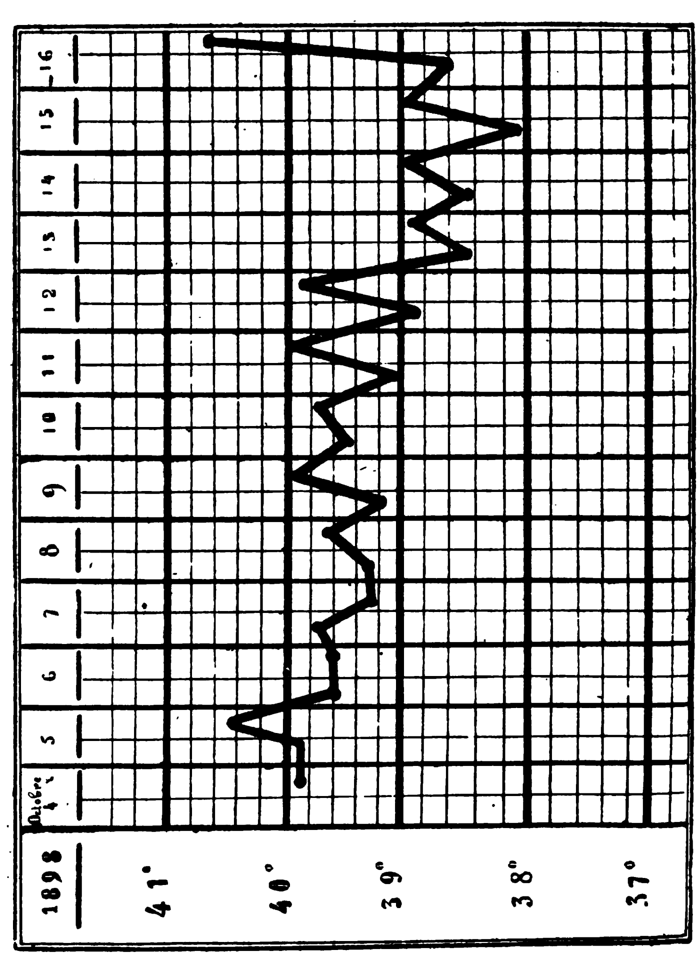



*Fig.* 12. — Fièvre typhoïde.

| | | |
|---|---|---|
| — 1 heure après .......... | 37° | 18° |
| — 2 heures après ......... | 37° | 18° |
| — 3 heures après ......... | 35° | 18° |

| | | | |
|---|---|---|---|
| — | 5 heures après......... | 32° | 18° |
| — | 8 heures après......... | 26° | 18° |
| — | 11 heures après......... | 20° | 18° |
| — | 14 heures après......... | 18° | 18° |
| — | 18 heures après......... | 16° | 16° |

**Autopsie** pratiquée 34 heures après le décès. Ventre distendu et verdâtre; rigidité plus prononcée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

TÊTE. — *Cuir chevelu* épais; deux ecchymoses à la naissance du cuir chevelu (front). — *Crâne* ovoïde, très épais, mesurant de 5 à 8 millimètres d'épaisseur (frontal); *lourd* (1). Les bosses pariétales sont très profondes. Toutes les sutures persistent sur les deux faces; elles sont finement dentelées. Os wormien de 22 millimètres sur 18.

CERVEAU. — *Dure-mère*, rien de particulier. — *Apophyse crista-galli* épaisse, plutôt arrondie. — *Apophyses clinoïdes* effacées. — *Glande pituitaire*, parait naturelle. — *Trou occipital*, rien d'anormal. — Les différentes parties de la base du crâne paraissent égales et symétriques — *Glande pinéale*, rien de particulier. — *Nerfs olfactifs, optiques, tubercules mamillaires, artères*, etc., symétriques et semblant indemnes de toutes lésions. — Quelques adhérences à la partie postérieure de la face interne des lobes frontaux.

*Hémisphère droit.* — *Pie-mère* mince, légèrement vascularisée, sans plaques ecchymotiques, s'enlève avec assez de difficulté. — En détachant la pie-mère, on entraine de petits fragments sur $F^1$, sur la partie moyenne de $F^2$, sur la face inférieure du lobe frontal, sur les plis pariétaux inférieur et supérieur, sur la partie postérieure de $T^2$, sur la racine de $F^1$ (face interne), sur la circonvolution du corps calleux, sur presque toute l'étendue du lobule quadrilatère, sur le sillon qui le sépare du coin. — *Couche optique, corps strié, lobule de l'insula*, rien à relever.

*Face externe.* — Même aspect général qu'à gauche bien que la scissure de Sylvius soit moins ouverte. $F_1$ est le siège de nombreuses adhérences. — $F_2$ est divisée en deux circonvolutions parallèles très contournées. $F_3$, aussi très-contournée, n'offre rien de particulier. — FA est large et a des inflexions accentuées.

(1) Nous avons souvent signalé l'épaisseur, l'état graisseux et l'augmentation de densité du crâne chez les épileptiques : cette observation en fournit un nouvel exemple.

*Lobe pariétal.* PA est beaucoup moins développée que FA. Les parties moyenne et inférieure du lobe pariétal sont le siège de nombreuses adhérences des méninges.

*Lobe temporal.* $T_1$ est régulière et bien développée. $T_2$ et $T_3$, assez nettement séparées, sont surtout à leur région postérieure le siège de nombreuses adhérences.

Le *lobe occipital* forme une petite région autonome divisée par une scissure centrale qui va de bas en haut et d'où rayonnent de nombreux sillons.

*Face interne.* $F_1$ est très-contournée. — Le *lobe paracentral* est peu développé en arrière de l'encoche du sillon de Rolando et est le siège à ce niveau d'adhérences. Nombreuses adhérences sur l'*avant-coin* et la partie postérieure de la circonvolution du corps calleux. Aucune remarque à faire pour le reste.

*Hémisphère gauche.* — Adhérences sur la partie inférieure de FA., sur les circonvolutions pariétales inférieure et supérieure, sur le pli courbe, sur le lobule quadrilatère, mais moins qu'à droite. — Il existe de même quelques adhérences sur le gyrus rectus, et d'autres plus abondantes sur la moitié postérieure de la circonvolution de l'hippocampe, de $T^1$ et de $T^3$. — La scissure de Sylvius, très profonde et très développée, semble partager le cerveau en deux. Les autres sillons sont aussi nettement marqués.

*Face externe. — Lobe frontal.* $F^1$, $F^2$ et $F^3$ assez contournées, parallèles, réunies entre elles par des plis de passage, n'ont rien de bien particulier. FA est coupée par une incisure à sa partie moyenne. Un pli de passage termine $F^2$ en l'unissant à la moitié inférieure de FA qui parait n'être que le prolongement de $F^2$. La région postérieure de $F^3$ est plus grêle et moins développée que ses deux tiers antérieurs.

*Lobe pariétal.* — PA est régulière et indépendante, son tiers inférieur est grêle, tandis que les $^2/_3$ supérieurs sont larges et très développés. Le lobule pariétal supérieur est petit, formé de circonvolutions grêles et les méninges, adhérentes, ont déterminé l'arrachement de la substance corticale en de nombreux points ; pareille lésion peut être constatée sur le LPI, mais ses circonvolutions sont plus grosses.

*Lobe temporal.* — $T^1$ est très nette et bien distincte de $T^2$. $T^2$ et $T^3$ sont unies par de nombreux plis de passage. De multiples adhérences méningitiques existent à la partie postérieure de $T^3$.

Le *lobe occipital* forme trois petites circonvolutions très

irrégulières sur lesquelles il n'y a pas à insister. L'*insula* n'offre rien de particulier au point de vue morphologique.

*Face interne.* Rien à noter pour F[1]. — Le *lobe paracentral* a sa partie postérieure peu développée. L'*avant-coin* est atrophié et est le siège de nombreuses adhérences. La scissure perpendiculaire est très profonde. Le *coin* est le siège d'adhérences mais a une disposition normale. Rien à dire sur l'aspect de CCC, du C.C. du lobe temporo-occipital, de l'hippocampe, des ventricules, des noyaux gris, du pédoncule, etc.

Le *cervelet*, la *protubérance*, le *bulbe* ne présentent aucune disposition morphologique spéciale.

Le *liquide céphalo-rachidien* était en petite quantité.

COU. — *Corps thyroïde* normal, pas de persistance du *thymus*.

THORAX. — *Poumons* congestionnés, surtout le gauche, mais sans trace d'inflammation; léger épanchement pleural du côté gauche. — *Cœur*. Epanchement jaunâtre dans la cavité péricardique ; pas de persistance du trou de Botal, pas de lésions valvulaires ; parois du ventricule gauche hypertrophiées.

ABDOMEN. — Epanchement puriforme dans la cavité péritonéale. — *Intestin grêle* fortement enflammé dans sa portion terminale, présente sur sa face péritonéale un piqueté hémorrhagique recouvert d'exsudats pseudo-membraneux. *Ulcérations* nombreuses des plaques de Peyer, localisées au voisinage du cœcum ; pas de perforation. — *Cœcum* noirâtre à sa partie postérieure; à ce niveau le péritoine pariétal est rouge et ecchymosé. — *Appendice gros, enflammé*; son extrémité est dure et parait renfermer un corps étranger de la grosseur d'un petit pois. A l'ouverture de l'appendice on ne trouve aucune trace de corps étranger; l'appendice est perméable dans toute son étendue. — Les *ganglions mésentériques* sont très peu engorgés, au contraire les ganglions péricœcaux sont volumineux mais mous. — *Foie* volumineux : tissu grisâtre et mou. — *Rate* grosse, flasque, diffluente. Près du hile on constate la présence de deux petites *rates supplémentaires*, l'une de la grosseur d'une noisette, l'autre de la grosseur d'un gros pois. — *Capsules surrénales* n'offrent rien de particulier. — *Reins* se décortiquent facilement, pas de lésions appréciables. — *Pancréas* blanc et assez dur. —

Rien du côté de la *vessie* ni des *organes génitaux*. — *Ascaride* de 30 centimètres de long à l'intérieur de l'intestin.

*Poids des organes.*

| | |
|---|---|
| Encéphale | 1.240 gr. |
| Cerveau | 1.090 — |
| Hémisphère cérébral droit | 545 — |
| — — gauche | 545 — |
| Cervelet et isthme | 150 — |
| Hémisphère cérébelleux droit | 65 — |
| — — gauche | 65 — |
| Bulbe et protubérance | 20 — |
| Liquide céphalo-rachidien | petite quantité |
| Moelle épinière | 38 gr. |
| Corps thyroïde | 10 — |
| Thymus | Pas |
| Cœur | 165 gr. |
| Poumon droit | 225 — |
| — gauche | 195 — |
| Foie | 1.160 — |
| Rate | 205 — |
| Capsule surrénale droite | 7 — |
| — — gauche | 7 — |
| Rein droit | 110 — |
| — gauche | 110 — |
| Pancréas | 65 — |

RÉFLEXIONS. — I. Les *antécédents* NÉVROPATHIQUES *héréditaires* sont négatifs, mais nos renseignements sur les familles du père et de la mère sont un peu insuffisants.

II. L... aurait été normal jusqu'à cinq mois. A cet âge surviennent des *convulsions localisées* qui se reproduisent à diverses reprises pendant deux mois. Alors éclate un véritable *état de mal convulsif*, qui dure quatre heures, sans retour de la *connaissance*, avec prédominance des convulsions dans le côté gauche et auquel succède l'*épilepsie*.

III. A partir de 4 ans, les parents s'aperçoivent que les facultés intellectuelles de leur enfant ne se développent pas, ce qui, joint à sa turbulence, s'oppose à ce qu'on le conserve à l'école. L'attention d'ailleurs fait défaut, le caractère est irritable. L'enfant mendie.

A près être resté à peu près stationnaire (1893-1894), l'état intellectuel se modifie : la déchéance s'accuse de plus en plus, la parole s'embarrasse, la tenue devient tout-à-fait mauvaise, les accès semblent durer plus longtemps.

IV. L'intelligence, qui était déjà très limitée à l'entrée, loin de se développer a diminué progressivement sous l'influence des accès, *suivis d'une somnolence* et d'*une hébétude prolongées* (1). Les *lésions méningo-encéphalitiques,* constatées à l'autopsie, en fournissent l'explication.

V. La *fièvre typhoïde,* sauf une période passagère d'agitation, paraissait avoir une marche régulière quand, brusquement, sans autres accidents préalables, sont survenus une pâleur de la face, une altération des traits, de la somnolence, du coma, une élévation thermique de deux degrés, aboutissant en 24 heures à la mort. A l'autopsie, *épanchement puriforme dans la cavité péritonéale, péritonite, appendicite.* Les symptômes observés ne pouvaient pas faire prévoir d'aussi graves lésions, la température, en particulier, loin d'augmenter, a oscillé entre 38° et 39°, puis s'est élevée brusquement à 40°,6.

OBS. XXI. — **Hydrocéphalie et plagiocéphalie. — Fièvre typhoïde ; perforations multiples.**

SOMMAIRE. — *Père alcoolique ; otite entraînant des maux de tête continuels. — Grand' mère paternelle, caractère difficile. — Un oncle et une tante paternels morts très jeunes. — Mère : fièvres intermittentes (?) ; migraines ; crises avec*

(1) D'après un certain nombre d'observations, nous serions enclin à penser que ces symptômes feraient présager une démence assez rapide. Déjà dit.

*perte de connaissance. — Grand'mère maternelle alcoolique. — Un demi-frère mort de congestion cérébrale. — Pas de consanguinité; différence d'âge : treize ans.*

*Crises nerveuses durant la grossesse. — Asphyxie à la naissance; trois circulaires du cordon autour du cou. — Début de la parole à quatre ans, de la marche à trente mois; propre à trois ans. — Méningite à trois ans. — Convulsions. — Variole et rougeole légères. — Brûlure avec de l'eau bouillante. — Scarlatine. — Krouomanie. — Fièvre typhoïde.*

AUTOPSIE. — *Plagiocéphalie légère; os du crâne offrant de nombreuses plaques transparentes. — Distension considérable des ventricules latéraux. — Six perforations intestinales. — Collection purulente intra-péritonéale.*

Charr.... (Paul), âgé de cinq ans, né à Paris, entre à Bicêtre le 8 mai 1894.

**Antécédents.** (*Renseignements fournis par sa mère en 1896.*) — PÈRE, 54 ans, déménageur, bien portant ; pas de convulsions dans l'enfance ; il y a une dizaine d'années a souffert de *maux de tête* et était devenu *sourd* ; on l'a traité pour une otite et il a complètement guéri au bout d'un mois. Caractère gai, *boit beaucoup*, s'enivre à peu près régulièrement une fois ou deux par mois : il est alors bruyant mais pas méchant. Ne fume pas. Pas de rhumatismes, pas de syphilis probable.

[*Sa famille.* — *Père,* cultivateur, mort à 71 ans ; peu de renseignements, sobre. — *Mère* morte à 70 ans ; longtemps malade ; caractère acariâtre, était considérée dans tout le pays comme une «femme méchante». — Un *frère* et une *sœur* morts très jeunes. — Pas d'autres renseignements sur le reste de la famille.]

MÈRE, 41 ans, porteuse de pain. Pas de convulsions ni de maladies graves durant l'enfance ; à 17 ans, érysipèle ; à 27 ans, *fièvres intermittentes* ; était sujette à des *attaques d'hystérie* revenant à peu près tous les quinze jours : ces crises ont duré jusqu'au moment où elle était enceinte de notre malade. *Migraines* survenant huit jours avant ou huit jours après les époques menstruelles ; ont cessé lorsqu'ont apparu les fièvres intermittentes. Vers la même époque bronchite avec hémoptysies (probablement d'origine arthritique). Caractère un peu emporté ; visage très coloré, physionomie franche, assez intelligente.

[*Sa famille.* — *Père,* inconnu. — *Mère,* morte à 54 ans ;

blanchisseuse, rhumatisante, *buvait* un peu sans être jamais ivre. Caractère calme, pas nerveuse. Orpheline à neuf ans, elle n'a pu laisser à sa fille aucun renseignement sur sa famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 13 ans (père plus âgé). A 18 ans la mère avait un amant dont elle eût un enfant mort à neuf mois de *congestion cérébrale*. Depuis n'a pas eu d'autres enfants que notre malade ; pas de fausse couche.

**Notre malade.** — État satisfaisant du père et de la mère au moment de la *conception*. Celle-ci n'ayant pas eu d'enfants depuis quatorze années ne croyait pas être enceinte et, sur les conseils d'un pharmacien, prit six cachets (?) et un bain alcalisé pour rappeler ses règles. Elle n'a rien fait ni tenté par ailleurs, a plutôt été heureuse de se voir enceinte. — *Accouchement* à terme, normal, durée du travail vingt-sept heures, présentation du sommet.

A la *naissance* trois circulaires du cordon autour du cou, état asphyxique. La tête était volumineuse, ce qui retardait l'accouchement ; le poids de l'enfant était de neuf livres 1/2. — Allaitement maternel jusqu'à onze mois, au biberon, avec du lait de vache jusqu'à deux ans 1/2. — *Première dent* à sept mois ; *dentition complète* à dix huit mois. — Début de la *parole* à quatre ans, mais ce n'est guère que depuis son entrée à Bicêtre qu'il prononce quelques mots correctement. Ch... a *marché* à trente mois et a été *propre* à trois ans.

A trois mois, *méningite* caractérisée par de la somnolence avec congestion de la face, et des *convulsions* ; celles-ci revenaient très souvent et *pendant vingt-trois jours l'enfant est resté sans connaissance*. A la suite de cette maladie (soignée par un homœopathe), l'enfant est resté *sourd* et *aveugle* jusqu'à huit mois et demi. Petit à petit, il a recouvré l'usage de ses sens et n'a présenté par la suite ni paralysie, ni contracture. — *Vacciné* à quatre ans. *Variole* et *rougeole* légères. — A quatre ans, il s'est *brûlé* assez profondément sur tout le côté droit du corps avec de l'eau bouillante. — Caractère gai mais très irascible ; lorsqu'il est en colère, *il se frappe la tête contre les murs*. Il est assez affectueux et reconnait bien ses parents, aurait de la tendance à briser les objets qui sont à sa portée. Il mange gloutonnement, aime le café mais pas le vin. Le sommeil est calme, on n'a pas observé de tendance à l'onanisme.

Sa famille n'a jamais cherché à l'instruire ni même à l'éduquer, aussi, à son entrée dans le service, Char..... agité,

bruyant, brisant tout, disant à tout propos des mots orduriers, était incapable de toute application et même de toute obéissance.

**État actuel** (*pris le* 13 *juillet* 1894). — État général satisfaisant ; Char.... a l'air d'être en excellente santé, l'expression de la physionomie est timide et défiante. La *peau* est fine et assez blanche, le visage et le cou sont hâlés.

*Tête.* — Les cheveux, châtains clairs, descendent bas sur le front et sur les tempes : pas de cicatrices, pas d'épi, tourbillon postérieur médian. Le crâne est rond, volumineux, *plagiocéphale*, les bosses frontale droite et pariétale gauche sont plus développées. On note une *légère dépression* au niveau de la *fontanelle antérieure*. Au-dessus de la protubérance occipitale externe, dépression en méplat de la face postérieure du crâne. — *Face* très développée, mais pas tout à fait en rapport avec le développement du crâne. *Front* olympien, fuyant de haut en bas. *Arcades sourcilières* effacées; sourcils blonds et assez rares. — *Fentes palpébrales* largement ouvertes, cils longs, légère blépharite. — Pas de strabisme, d'exophtalmie, ni de nystagmus. *Iris* vert brun. — Pupille normalement dilatée, réagit bien à la lumière ; quant à la réaction à l'accommodation, à l'étendue de l'acuité et du champ visuels, il est impossible de les déterminer. Char... ne semble pas non plus reconnaître les couleurs. — *Nez* droit, un peu aplati à la base, lobule assez volumineux, narines symétriques, ailes minces. *Odorat* très peu développé. — *Bouche* assez grande, lèvres minces. *Dentition* très régulière et très belle ; rien au niveau du plancher de la bouche non plus qu'à la voûte palatine. — *Joues* grosses. — *Menton* moyen, assez fort ; pas de prognathisme. — *Oreilles* moyennes, bien ourlées, un peu charnues ; lobule petit et détaché.

*Cou.* — Circonférence : 26 cm. Pas de goitre, ni de ganglions.

*Thorax.* : côté droit plus développé ; pas de signes de rachitisme, pas de déviation notable de la colonne vertébrale ; légère ensellure lombaire. — *Abdomen* proéminent, vaste cicatrice de brûlure au flanc droit.

*Membres supérieurs* réguliers ; onychophagie très marquée.

*Membres inférieurs* légèrement cagneux ; cicatrice de brûlure sur la cuisse droite. Les réflexes semblent normaux ; pieds bien conformés. — Pas de troubles apparents de la motilité ; sensibilité normale.

*Puberté.* — Corps complétement glabre. *Phimosis* ; longueur de la verge 5 cm., circonférence 4,5 cm. — Scrotum très développé ; testicules au niveau des anneaux inguinaux, du volume d'un petit haricot. Réflexe crémastérien très net ; région anale normale.

Légère *écholalie* : l'enfant répéte constamment : « non, pas de chance », ce que sa mère parait lui avoir appris ; il ne répond pas aux questions bien qu'il prononce tous les mots, souvent, il est vrai, en bredouillant. Il semble se rendre compte de toutes les choses qui l'entourent et les désigne par leur nom.

17 *octobre.* — Char... entre au pavillon d'isolement, portant deux plaques de *teigne tondante*, l'une à droite, l'autre à gauche, plus étendue.

1895. 11 *janvier.* — L'*écholalie* a un peu diminué. *Puberté* : pas de modifications.

16 *avril.* — La teigne est en voie de guérison.

1896. — Du 6 avril au 6 mai, Char... est atteint d'une *scarlatine* peu intense. La *température*, au moment de l'éruption n'a pas dépassé 39°, 3. Du 10 au 18 avril, les urines ont présenté une notable quantité d'albumine.

1897. *Janvier.* — *Puberté.* — Corps et visage complètement glabres. *Phimosis. Verge :* longueur 5 cm., circonférence 5 cm. *Testicules* maintenus appliqués au niveau des orifices inguinaux. Région anale normale.

*Traitement* : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, bains salés ; — traitement local de la teigne par la teinture d'iode, les lotions de sublimé, la pommade au naphtol.

10 *août.* — Char... est devenu assez docile ; il écoute quand on lui parle, mais ne peut répondre, à cause, sans doute, de sa grande timidité. Il n'est plus écholalique, ni coprolalique ; les tics ont disparu.

1898. 26 *avril.* — Char.., guéri de sa teigne, quitte le pavillon d'isolement.

10 *novembre.* — Après le déjeuner de midi, Char... est pris de *vomissements* en même temps que d'une *diarrhée* qui dure une partie de la journée.

11 *novembre.* — Le malade entre à l'infirmerie. Interrogé, il ne sait dire où il souffre, mais il marche plié en deux, les mains appliquées sur l'abdomen. Le ventre présente un *ballonnement* assez développé ; la pression dans la fosse

iliaque droite détermine une réaction douloureuse très légère; sonorité normale à la percussion. — La langue est

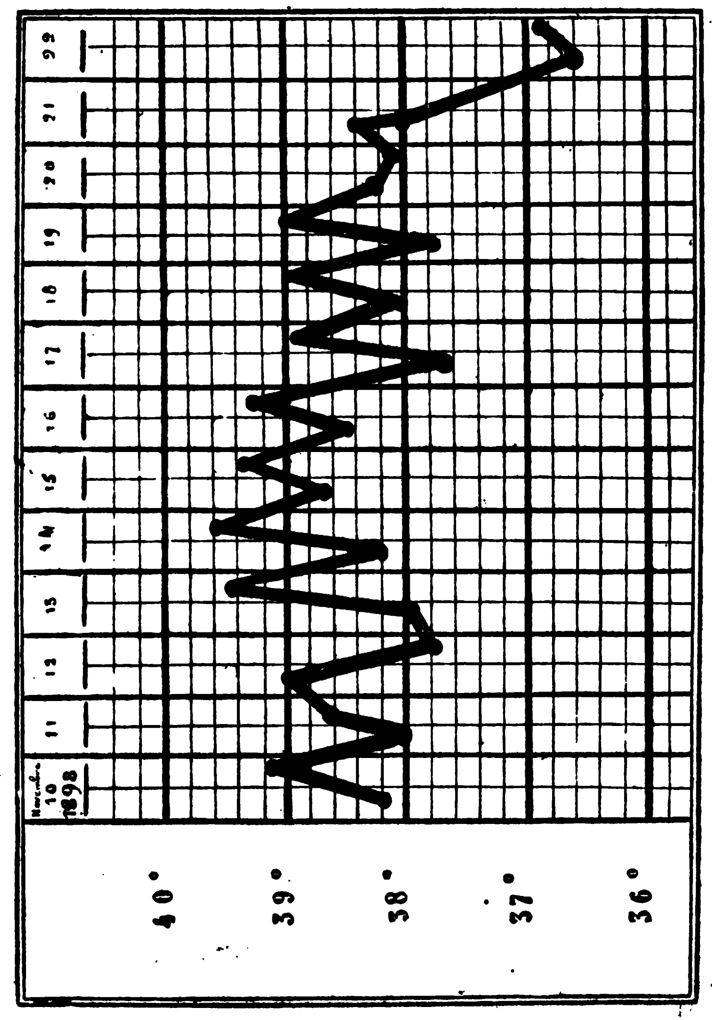



*Fig.* 13. — Fièvre typhoïde.

humide. — La respiration ne donne pas de grande indication ; l'inspiration est plus rude.

| MESURES DE LA TÊTE. | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mai. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. | Janvier. | Juillet. |
| Circonférence horizontale maxima | 54.5 | 55 | 55.5 | 55.5 | 55.5 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| Demi-circonférence bi-auriculaire | 38 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez | 40 | 41 | 41 | 41 | 41.5 | 41.5 | 41.5 | 41.5 | 41.5 | 41.5 |
| Diamètre antéro-postérieur maximum | 17 | 18 | 18 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |
| — bi-auriculaire | 11.5 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 13 |
| — bi-pariétal | 14 5 | 15 | 15.5 | 15.5 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 |
| — bi-temporal | 12 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 14 | 14 |
| Hauteur médiane du front | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |

| | 1894 | | 1895 | | 1896 | | 1897 | | 1898 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mai. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. | Janv. | Juill. |
| Poids. | 22.500 | 21.200 | 21.200 | 22.500 | 23 k. | 25 k. | 25.500 | 26.800 | 29.800 | 29.600 |
| Taille. | 0.92 | 1.00 | 1.02 | 1 .04 | 1.06 | 1.10 | 1.13 | 1.13 | 1.16 | 1.185 |

12 *novembre*. — La diarrhée continue sans être très grave. L'enfant semble beaucoup mieux ; le ventre toujours distendu reste un peu sensible ; l'enfant se tient couché les cuisses repliées. — Rudesse du bruit respiratoire persistant à droite.

Du 13 au 19 novembre l'état est sensiblement stationnaire, la température oscille entre 38° et 39° (*Fig.* 13).

21 *novembre*. — Le visage prend une teinte jaunâtre et plombée, la température baisse aux environs de 38°. L'état général semble s'être aggravé subitement. La langue est blanchâtre et sèche, la diarrhée a disparu. Le ventre est toujours tendu, les muscles en état de défense. Il semble que la fosse iliaque droite soit légèrement tuméfiée, et qu'à ce niveau la circulation veineuse soit plus développée. Aucune matité à la percussion. — Les signes respiratoires ne se sont pas sensiblement modifiés. — Pouls petit et misérable mais sans intermittences. — Examen des urines impossible.

22 *novembre*. — La température tombe le matin à 36°,6. Le malade est plongé dans le *coma* ; le *pouls filiforme* est presque imperceptible. Le ventre est ballonné, asymétrique, plus développé au niveau de la fosse iliaque droite. On cherche à remonter le malade par des injections de sérum artificiel, et on discute un moment la nécessité d'une intervention chirurgicale ; mais l'état général s'aggrave de plus en plus et le malade succombe à 8 heures $^1/_2$ du soir. (*Fig.* 13).

*Poids des organes.*

| | |
|---|---|
| Encéphale | 1265 gr. |
| Cerveau | 1110 |
| Hémisphère cérébral droit | 550 |
| — — gauche | 560 |
| Cervelet et isthme | 155 |
| Hémisphère cérébelleux droit | 70 |
| — — gauche | 65 |
| Bulbe et protubérance | 20 |
| Liquide céphalo-rachidien | 27 |
| Moelle épinière | 30 |

| | |
|---|---|
| Corps thyroïde | 15 |
| Thymus | Pas. |
| Cœur | 150 |
| Poumon droit | 230 |
| — gauche | 195 |
| Foie | 1040 |
| Rate | 60 |
| Capsule surrénale droite | 5 |
| — — gauche | 5 |
| Rein droit | 85 |
| — gauche | 95 |
| Pancréas | 50 |

**Autopsie** faite trente-huit heures après le décès.

TÊTE. — *Cuir chevelu* très-maigre et pâle. — *Crâne* mince et peu dur. Nombreuses plaques transparentes, fontanelles fermées. — Toutes les *sutures* persistent et sont finement dentelées. Sur la suture pariéto-occipitale droite, il existe un *grand os wormien* de 5 cent. sur 3 ; on en trouve un autre de 5 cent. sur 2 et deux petits mesurant 10 mill. sur 5 le long de la suture pariéto-occipitale gauche. — Légère plagiocéphalie, saillie du frontal droit et aplatissement de l'occipital gauche. — Adhérences très-résistantes de la *dure-mère* au niveau de l'occipital et surtout à droite. — Quelques fines adhérences de la *pie-mère* à la *dure-mère* le long du bord supérieur des hémisphères et principalement sur sa moitié antérieure. Adhérences également au niveau de l'extrémité antérieure des lobes temporaux.

La *pie-mère* ne présente pas d'épaississements, ni de fausses membranes ; elle est très-légèrement vascularisée, et d'une manière uniforme. Nombreuses adhérences pie-mériennes entre les faces internes des deux lobes frontaux. — *Apophyse crista-galli* mince et triangulaire. — *Glande pituitaire* petite et d'aspect normal. — *Apophyses clinoïdes* antérieures effacées, postérieures saillantes. Il existe un peu de sang fluide dans les *sinus*. — Les différentes *fosses* de la base du crâne paraissent symétriques. — *Nerfs olfactifs* et *bandelettes optiques* un peu grêles ; les autres nerfs paraissent normaux et symétriques. — *Espace interpédonculaire* bombé, formant une espèce de pseudo-kyste en arrière du chiasma des nerfs optiques. — *Glande pinéale* petite. — *Tubercules mamillaires* complètement aplatis et confondus avec la membrane interpédonculaire. — *Pédoncules* paraissant égaux. — *Septum lucidum* très-épaissi et de coloration rougeâtre. — *Corps calleux* très-aminci (1 m/m d'épaisseur) assez dur. Malgré la *distension des ventricules latéraux,* il ne s'est écoulé que très-peu de liquide céphalo-rachidien mêlé de sang (27 gr.).

La *protubérance* et le *bulbe* n'offrent rien de particulier ;

les *pyramides* paraissent un peu plates, les *olives* sont symétriques. — La paroi du *quatrième ventricule* est grenue, épaisse, rugueuse.

*Hémisphère droit.* — *Dilatation considérable* et uniforme des trois cornes du *ventricule latéral.* — Le *corps strié* paraît avoir son volume normal ; la *couche optique* est un peu plus petite. — Poids : 550 gr.

*Face externe.* — Les caractères généraux sont les mêmes que pour le gauche. Rien à signaler de particulier dans la disposition des scissures de Sylvius, de Rolando et perpendiculaire externe.

*Lobe frontal.* — $F^1$ est assez contournée, coupée d'incisures, communique avec $F^2$ par de nombreux plis de passage. $F^2$ va se jeter dans $F^3$ après avoir été coupée par une scissure verticale, sur les bords de laquelle deux plis de passage la font communiquer avec $F^1$. $F^3$ est très-contournée et se continue directement avec F. A. — F. A., irrégulière, n'offre aucune particularité.

*Lobe pariétal.* — P.A. présente à son milieu plusieurs incisures. L.P.S. offre ainsi que L.P.I. les mêmes caractères que sur l'hémisphère opposé. Il en est de même au *lobe occipital* et au *lobe temporal.* $T^1$, cependant est coupée par beaucoup plus d'incisures sur ce côté qu'à gauche.

*Face interne.* — Mêmes caractères que sur le côté opposé : aplatissement notable du lobe paracentral, de l'avant-coin, du coin, de la circonvolution du corps calleux et de ce dernier. Les *noyaux gris centraux* sont aussi déprimés et la *cavité ventriculaire* offrent les mêmes dilatations que du côté opposé. Le bulbe et la moelle qui ne présentaient aucune modification morphologique, ainsi que l'hémisphère droit doivent subir l'examen microscopique (1).

*Hémisphère gauche* (560 gr.). — Même *distension du ventricule latéral* ; la pie-mère est peu épaisse, la décortication se fait difficilement. — *Cervelet*, rien.

*Face externe.* — La scissure de Sylvius est nette et le sillon de Rolando descend jusque dans la scissure sylvienne. La scissure perpendiculaire externe est nettement accusée. Les circonvolutions sont assez larges, les sillons peu profonds à cause de la dilatation ventriculaire.

*Lobe frontal.* — $F_1$ offre trois plis de passage avec $F^2$ sur

(1) Cet hémisphère, le bulbe et la moelle ont été remis a M. le Dr Philippe pour examen histologique.

son trajet ; le pli le plus important est le moyen qui, sur une étendue de 4 cm. environ, va d'avant en arrière parallèlement à $F^1$. Cette circonvolution s'amincit pour aller se jeter dans F A. $F^2$ a son origine dans le premier pli de passage de $F^1$ ; elle est contournée et coupée par des incisures superficielles. $F^3$ n'offre rien de particulier, sauf qu'elle est atrophiée au niveau de l'opercule rolandique. F A, assez sinueuse, large, offre à son milieu une incisure profonde qui en fait deux circonvolutions: une inférieure se continue en avant avec $F_2$ et un pli de $F_1$ et une supérieure qui va rejoindre le pied de $F^1$.

*Lobe pariétal.* P A a une configuration des plus irrégulières. Son tiers inférieur est séparé par une incisure et les $^2/_3$ supérieurs sont aussi divisés par un sillon profond situé à 4 centimètres environ de la scissure interhémisphérique. Un pli de passage important coiffe ce sillon et unit PA au lobule pariétal supérieur. Le sillon interpariétal s'étend jusqu'au voisinage de la scissure perpendiculaire externe. — Rien de notable pour le *lobule pariétal supérieur.* Les circonvolutions du *lobule pariétal inférieur* sont assez grèles et sont coupées en tous sens par de petites incisures. — Le *lobe occipital* est formé de circonvolutions irrégulières qui n'offrent rien à signaler. — Le *lobe temporal* se compose de $T^1$, très mince dans son tiers antérieur qui va se terminer dans L.P.I., en prenant les mêmes caractères que ce lobule c'est-à-dire en étant coupée par de nombreuses incisures. $T^2$ et $T^3$ offrent des caractères analogues à la partie postérieure de $T^1$. Ces deux circonvolutions sont confondues par de nombreux plis de passage et de nombreuses incisures. Les circonvolutions temporo-occipitales ne présenrien de particulier; il en est de même de l'insula de Reil.

*Face interne.* — $F^1$ n'offre rien d'anormal, sinon de nombreuses incisures. Rien à noter au *lobule paracentral.* L'*avant-coin* est très-aplati à sa partie antérieure. Le *coin* est aussi aplati d'avant en arrière et ne présente aucune particularité notable. La *circonvolution du corps calleux* est très aplatie et altérée ; il en est de même du *corps calleux* qui est fort mince. Le *ventricule est excessivement dilaté;* il est recouvert d'une membrane assez épaisse avec d'assez nombreuses vascularisations. La dilatation des ventricules offre son maximum au niveau de la région rolandique et du lobe pariétal. La corne sphénoidale est aussi dilatée, mais dans des proportions moindres que les cornes frontale et occipitale.

COU et THORAX. — Pas de persistance du *thymus.* — *Corps*

*thyroïde* normal (15 gr.). — *Poumon droit* (230 gr.). Adhérence complète mais peu résistante des deux feuillets pleuraux sur toute leur hauteur ; pas de foyers de congestion. — *Poumon gauche* (195 gr.). Adhérences seulement à la base. — *Cœur*, légère hypertrophie de la paroi ventriculaire gauche, pas de persistance du trou de Botal. —*Canal thoracique* rempli par un liquide jaunâtre.

ABDOMEN. — Adhérences peu résistantes de l'épiploon et du péritoine viscéral à la paroi abdominale antérieure. Ouverture d'une *vaste collection* de *liquide purulent*, jaunâtre, d'odeur fécaloïde et siégeant au côté droit. En décollant les anses intestinales du côté gauche, on détermine l'issue d'un liquide purulent blanchâtre, très abondant, et en retournant le cadavre, il s'écoule une quantité de liquide purulent évaluée approximativement à deux litres. On trouve alors dans la *fosse iliaque droite* une *énorme cavité* dans laquelle on peut loger les deux poings, et limitée en haut par la face inférieure du foie, partout ailleurs par des anses intestinales agglutinées par des fausses membranes. Le pus a fusé en bas jusque dans l'excavation pelvienne qu'il remplit complètement : le cul de sac recto-vésical est comblé par des exsudats membraneux.

Au niveau du *cæcum*, adhérences nombreuses et résistantes. L'*appendice* ne présente rien de particulier. Dans les cinq derniers centimètres de l'*intestin grêle*, on observe *deux perforations* assez larges, et en deux points la muqueuse est complètement détruite ; la séreuse et la tunique musculaire forment seules le fond de ces ulcérations. A trente-cinq centimètres de la valvule iléo-cæcale siègent, sur l'intestin grêle, *quatre perforations* dont deux largement ouvertes sont de la largeur d'une petite lentille ; les deux autres sont oblitérées par des fausses membranes qui ont déterminé l'accolement des deux lèvres de l'orifice. Ces perforations, ainsi cicatrisées, ne sont bien visibles que lorsqu'on examine l'intestin par sa face interne : on note alors une légère saillie des lèvres de l'orifice.

*Foie* : fausse membrane épaisse sur la face inférieure de son lobe droit ; rien ailleurs. — *Rate* un peu hypertrophiée ; épaississement de la capsule sur la face interne. — *Rein droit* : sur sa face antérieure, atmosphère celluleuse épaissie et formant la paroi de la poche purulente. — *Rein gauche* normal, se décortiquant aisément. — *Organes génitaux* sains.

RÉFLEXIONS. — I. Rien à noter dans la famille

paternelle, excepté les *excès alcooliques* du *père*. — Quant à la *mère*, elle est nerveuse, a eu des *attaques d'hystérie* et des *migraines* qui auraient disparu sous l'influence de *fièvres intermittentes*. Dans sa famille, sur laquelle les renseignements font défaut, nous n'avons à mentionner que les *excès de boisson* de sa mère, grand'mère maternelle de l'enfant, et la *congestion cérébrale* dont est morte une *demi-sœur maternelle*. Signalons en passant l'*inégalité d'âge* de 13 ans de ses père et mère, circonstance que nous relevons toujours dans nos observations parce que quelques auteurs l'ont invoquée comme élément étiologique de l'idiotie.

II. Les *antécédents personnels* nous offrent à noter : *a*) l'*asphyxie* et le *volume exagéré de la tête* à la naissance ; — *b*) une *méningite grave* à trois mois, avec *convulsions* répétées et *perte* prolongée de la *connaissance*, maladie qui s'est compliquée de *cécité* et de *surdité* passagères (1) et a laissé de nombreuses traces : adhérence de la dure-mère au crâne, de la dure-mère à la pie-mère, de celle-ci à la substance grise, etc. ; — *c*) l'*hydrocéphalie* symptomatique de *méningo-encéphalite*, caractérisée, entre autres, par une distension considérable des ventricules latéraux, un aplatissement d'un certain nombre de circonvolutions, un amincissement de l'espace interpédonculaire et un aplatissement des tubercules mamillaires.

III. La *méningite* et l'*hydrocéphalie* ont eu pour conséquence l'*idiotie méningitique* : retard de la marche, de la parole, de la propreté, cognements de

---

(1) Notons que la cécité et la surdité ont disparu complètement au bout de cinq mois ce que nous avons consigné dans un certain nombre de cas précédemment publiés.

tête (krouomanie), clastomanie, gloutonnerie, excitation, coprolalie, etc.

IV. La *fièvre typhoïde* s'est compliquée de *quatre perforations* et d'une *péritonite* avec *collection purulente* occupant la fosse iliaque droite. Le malade est mort dans le *coma* avec un *abaissement* notable de la *température*.

## Considérations générales.

I. Si nous considérons dans son ensemble cette série d'observations, nous voyons :

1° Que nous avons eu affaire à une *épidémie* particulièrement *grave* : 6 DÉCÈS sur 21 cas, soit une *mortalité* de 28,5 0/0. De ces six décès deux ont eu pour cause des *perforations intestinales*, un une *péritonite généralisée* d'origine appendiculaire ; un autre est survenu rapidement à la suite d'une forme particulièrement toxique de dothiénentérie ; dans deux cas enfin on n'a pu découvrir de cause immédiate de la mort.

2° Que dans la plupart des cas les symptômes gastro-intestinaux étaient peu marqués, alors que les signes pulmonaires se sont montrés d'une manière constante, quelquefois même avec une intensité capable de faire errer le diagnostic au début. (Obs. Gauth... ; — Obs. Bon...)

3° Qu'aucun malade n'a été soigné dès le début des accidents ; tous se sont présentés à la période d'état de leur affection, les uns offrant déjà des taches rosées, indice que la maladie était au moins dans le deuxième septenaire de son évolution. Chez les autres, ces taches rosées ont apparu un ou deux jours après leur entrée à l'infirmerie. Peut-être faut-il voir là la véritable cause des nombreux cas de mort que nous

avons eu à enregistrer : le fait ne saurait être mis en doute pour Pep... (OBS. XVI), mort 4 heures après son arrivée à l'infirmerie, ni peut-être même pour Char... (OBS. XXI) qui semble être seulement entré au moment où s'est effectuée sa *première perforation*. Ces accidents ne peuvent être évités que par une observation attentive et de parti pris de tous les enfants hospitalisés et surtout de ceux chez lesquels les indications et réactions subjectives font défaut, du fait même de leur état d'idiotie plus ou moins accusé.

Et, soit dit en passant, ici éclate non seulement l'intérêt, mais la nécessité qui s'impose d'avoir un personnel intelligent, *habitué* à surveiller de tels malades. Or, le grand critérium qui décidait à nous amener les enfants à l'infirmerie, c'était lorsque ceux-ci refusaient de manger : c'est là assurément un signe d'une grande importance quand il s'agit d'idiots et de gâteux ; mais avant d'en arriver à cette manifestation capitale, ils avaient dû présenter des modifications de l'état général, de l'insomnie, de la diarrhée, une fièvre vespérale qui n'auraient pas dû échapper à un personnel observateur et rompu à son service. Malheureusement, si notre personnel de jour offre des garanties sérieuses, il n'en est pas de même du personnel de nuit, changeant et inexpérimenté en raison de son mauvais mode de recrutement. Le service de nuit, ainsi que l'un de nous l'a demandé un très grand nombre de fois, ne devrait pas être confié à des débutants, n'ayant jamais été en contact avec les malades, mais à des infirmiers et infirmières ayant déjà une réelle expérience.

4° Le *diagnostic* était rendu d'autant plus difficile que, outre l'absence totale de renseignements sur le siège, la nature, l'intensité du mal, la plupart des malades présentaient des signes réactionnels tout

différents de ceux que l'on observe chez les sujets normaux. En effet, non seulement jamais nous n'avons noté chez eux l'état de profonde stupeur qui accompagne toujours l'état typhoïde ; mais au contraire, et surtout chez les idiots, un état d'excitation durant lequel ils semblaient jouir de facultés plus étendues.

Il serait donc à souhaiter que l'on pût, à l'avenir, en présence de cas identiques, utiliser tous les moyens d'établir un diagnostic précoce, et, à ce titre, il nous paraît particulièrement urgent d'avoir une installation permettant d'effectuer rapidement la réaction de l'agglutination, ce qui est absolument impossible en l'état actuel des choses.

II. Des 21 malades atteints par l'épidémie, sept étaient *épileptiques*. Chez tous, sauf un, Wei.. (Obs. XVIII), les *accès* ont été complètement suspendus. Le malade qui a fait exception aurait eu un *accès* au milieu de l'évolution de sa fièvre typhoïde, alors que la température était élevée et des *convulsions épileptiformes* (?) deux jours avant sa mort, alors qu'il était dans un état de prostration très prononcé (1). Il est fort probable qu'il ne s'est pas agi la première fois d'un véritable accès d'épilepsie, mais de convulsions ordinaires comme il s'en produit chez les enfants normaux affectés de maladies infectieuses. Chez les *cinq épileptiques survivants* les accès n'ont pas encore reparu chez Lamb... (Obs. IV). Ils se sont montrés de nouveau chez Gaut.., dans la nuit du 6 au 7 février 1899, près de trois mois après le début présumé de la fièvre typhoïde. — Genev... (Obs. XIII), dont la maladie a débuté le 7 décembre 1898 et a été terminée le 28 décembre 1898, n'avait eu que quatre accès en 1898

(1) L'accès présumé est survenu durant la nuit et nous avions alors une nouvelle infirmière veilleuse peu au courant.

(le dernier en mars). Aucun accès dans le cours de sa maladie. Il a eu une crise le 30 janvier 1899. — Meze... (Obs. XIV). Dans le courant de 1898 jusqu'au 17 décembre, début de la fièvre typhoïde, le malade a eu 37 accès et 18 vertiges. Durant sa fièvre il aurait eu : 2 accès le 17 décembre; un le 21 décembre et un le 23 décembre. Il n'a pas eu d'autres accès jusqu'à sa guérison (1). Le 31 janvier, il a eu un accès et un vertige. Rien depuis jusqu'à la fin de mars.

Ces faits prouvent une fois de plus que les maladies aiguës, avec élévation de la température plus ou moins prolongée, comme la fièvre typhoïde, *suspendent les accès chez les épileptiques* : c'est une compensation relative de leur influence étiologique sur la production, qu'on leur attribue, des maladies du système nerveux. Cette action suspensive se prolonge après la convalescence, sinon dans tous, au moins dans la plupart des cas. Une fois même, nous avons vu les accès disparaître complètement et, au bout de plusieurs mois, il nous a été possible de rendre l'enfant à sa famille (2).

III. Sur les seize malades du service, quatre proviennent de pères faisant de nombreux *excès de boissons*. Chez un seul il est probable que la conception a eu lieu durant l'ivresse.

IV. Les tracés de la *température*, dans les quatre cas qui se sont terminés par la mort, permettent de se rendre compte de l'influence des complications sur la marche de la fièvre. Ils pourront être comparés à un

---

(1) Le malade, appartient à la section des épileptiques adultes (service de M. Chaslin).

(2) Voir la thèse de notre ami, le Dr J. Séglas, faite dans notre service en 1880, intitulée : *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.*

certain nombre de tracés thermométriques de cette maladie, qui figurent soit dans les *Comptes-rendus* du service, soit dans le mémoire de l'un de nous publié en 1873 (1).

V. Quelle est l'origine de cette épidémie? Le premier cas a été observé à la fin de juillet et la plupart des autres cas se sont succédés du 25 août au 13 septembre, les six derniers cas se sont disséminés du 4 octobre au 17 décembre.

Comme l'enfant qui en a été victime avait, en juillet, passé quelques jours dans sa famille qui habite le Kremlin, nous avons pensé qu'il avait pu y contracter le germe de sa maladie. Or, après information, nous avons su qu'il n'avait pas bu d'autre eau que celle de Choisy la même que celle de Bicêtre.

Peu après, de nouveaux cas étant survenus, il y avait lieu de faire examiner l'eau servant à l'alimentation des enfants. Nous avons écrit (2) à M. le Directeur de Bicêtre de bien vouloir y faire procéder. Il a envoyé un échantillon de l'eau au laboratoire municipal de bactériologie et a reçu le 29 septembre une lettre de M. le Dr Miquel d'où nous extrayons le passage suivant :

« Les eaux qui ont été apportées à mon laboratoire le 14 septembre courant ont montré une composition analogue aux eaux filtrées de Choisy-le-Roi. Toutefois, elles étaient beaucoup plus chargées en bactéries vulgaires, notamment le bacillus subtilis. Ces mêmes eaux n'ont pas offert le bacille du colon ni celui du typhus. Il faudrait donc attribuer peut-être à une autre cause qu'aux eaux d'alimentation la petite épidémie de fièvre typhoïde qui s'est déclarée dans une section de votre hôpital. »

L'eau alimentant Bicêtre est prise dans la Seine à Choisy le Roi et déversée dans un bassin où elle est

---

(1) BOURNEVILLE. — *Notes et observations cliniques et thermométriques sur la fièvre typhoïde.*
(2) Nous étions alors en vacances.

filtrée par le procédé Anderson. Elle est ensuite refoulée dans les réservoirs des Hautes-Bruyères et de ces réservoirs l'eau est distribuée par la pente naturelle à Montrouge puis à Bicêtre.

La cinquième division de l'hospice, affectée aux aliénés et dont fait partie la section des enfants, est alimentée par l'eau de la Seine à laquelle s'ajoute l'eau dite de Rungis, composée surtout des infiltrations des pluies qui rencontrent une surface glaiseuse. Elle arrive à l'établissement après avoir traversé le fort de Bicêtre, qui depuis au moins cinq ans l'a détournée à son profit et au détriment (?) de l'hospice. Celui-ci ne reçoit d'eau de Rungis qu'à la suite des grandes pluies (1).

Comme l'épidémie n'a sévi que dans le quartier des aliénés (2 cas dans la 3e section et 19 dans la 4e, enfants), alimentée en eau de la Seine et en eau de Rungis et qu'il ne s'est produit aucun cas dans le reste de l'hospice alimenté exclusivement en eau de la Seine, nous inclinerions à attribuer l'épidémie à l'eau de Rungis (2).

Pour enrayer autant que possible l'épidémie, on a condamné les fontaines du service, surveillé les enfants aux lavabos afin de les empêcher d'en boire l'eau comme ils le font souvent, on leur a donné de l'eau bouillie et de la tisane de houblon. — Chaque jour le linge était

---

(1). On croit que, au Fort, on ne se sert pas de l'eau de Rungis comme boisson. — Voici d'autre part la note que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Dieu, directeur du service de santé au ministère de la guerre.

« Il n'y a pas eu, en 1898, dit-il, un seul cas de fièvre typhoïde au fort de Bicêtre. L'eau qui alimente ce fort ne provient que de trois origines distinctes : 1° L'eau de Seine, filtrée par le procédé Anderson et fournie par la Compagnie générale des eaux ; — 2° les eaux pluviales recueillies dans deux citernes ; — 3° un puits creusé dans le fort. — L'eau consommée au fort de Bicêtre est préalablement filtrée par les bougies Chamberland.

(2) Voici les analyses microbiologiques de l'eau de Choisy telles qu'elle figurent aux *Tableaux* mensuels de la Statistique municipale de Paris : en juin 27.485 bactéries par centimètre cube et 125 moisissures ; — en juillet, 21.875 et 310 moisissures ; en août, 42.175 et pas de moisissure ; — en septembre, 39.340 et 1.875.

retiré des trémies et porté à l'étuve et les trémies étaient lavées avec du sublimé. Après chaque décès ou après la sortie des enfants, la literie était passée à l'étuve. En résumé, toutes les précautions exigées par l'hygiène ont été prises avec le plus grand soin.

VI. Le *traitement* a consisté surtout en l'administration de bains froids, de toniques et de médicaments divers suivant les manifestations symptomatiques. Les bains froids ont été donnés avec le plus grand soin par la sous-surveillante de l'infirmerie, Mme Ronzier, qui apporte dans sa tâche un réel dévouement et une grande habileté.

**Note complémentaire sur les eaux de Rungis.**

Notre collègue du *Comité consultatif d'hygiène publique de France*, M. Michel Lévy, nous a obligeamment remis la note ci-après :

« Les sources de Rungis proviennent du drainage naturel du plateau de Villejuif-Chevilly incliné sur le sud. C'est une nappe élevée retenue par l'argile verte oligocène. Une partie de ces eaux ayant filtré à travers le sable de Fontainebleau, qui forme des îlots sur ce plateau, paraît être d'excellente qualité. Mais une autre partie qui a traversé seulement l'épaisseur du calcaire de Brie doit être considérée comme douteuse. En effet ce calcaire de Brie plus ou moins meulier et compacte est ordinairement fissuré, et par ces fissures les eaux de la terre arable engraissée dans cette région par les gadoues de Paris, peuvent pénétrer jusqu'à l'argile verte par un écoulement presque direct et sans avoir subi une épuration suffisante. De telle sorte que le gisement géologique des eaux des sources de Rungis ne permet pas de donner de garantie sur leur qualité. »

XI.

# Instabilité mentale ; hérédité très chargée ; traitement médico-pédagogique ; guérison ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **J. BOYER**.

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Grand-père paternel dêvenu alcoolique sur le tard. — Oncle paternel, arriéré, inconscient, instable, mendiant. — Autre oncle paternel, excès de boissons, paresseux, camelot. — Tante paternelle, excès de boissons* (eau-de-vie de cidre). — *Deux grands-oncles paternels paralysés. — Autre grand-oncle paternel mort tuberculeux.*

*Mère, nerveuse, céphalalgies. — Cousin maternel au deuxième degré aliéné. — Grand'tante maternelle attaques de nerfs de 20 à 24 ans. — Deux grands-oncles maternels arriérés. — Grand-oncle maternel excès de boissons. — Trois oncles maternels morts tuberculeux. — Cousin germain maternel idiot* (Bicêtre). — *Deux autres cousins germains tuberculeux. — Deux tantes maternelles mortes tuberculeuses. — Quatre cousins germains maternels morts de méningite. — Cousin germain maternel pied-bot. — Plusieurs cas de gémellarité dans la famille de la mère.*

*Sœur, morte de convulsions. — Frère, mort à Bicêtre de sclérose tubéreuse. — Autre sœur migraineuse, a un côté plus faible que l'autre. — Autre frère convulsions de l'enfance. — Autre frère convulsions répétées de l'enfance. — Autre sœur morte de convulsions.*

*Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans.*

*Conception, grossesse, naissance, rien de particulier. — Cris constants de nuit et de jour pendant treize mois. — Première dent à 7 mois, dentition complète à deux ans. — Marche à 15 mois. — Parole à 19 mois. — Propre incom-*

*plètement à 18 mois : incontinence d'urine trihebdomadaire jusqu'à 4 ans. — Intelligence assez développée. — Certificat d'études primaires à 11 ans 1/2. — Mobilité, bavardage. — Conduite et travail réguliers jusqu'en juin 1894 (16 ans 1/2). — Périodes de tristesse et de taciturnité alternant avec des périodes de bavardage et d'excitation ; céphalalgies simultanées. — Modification du caractère à la puberté. — Diminution des sentiments affectifs. — Vivement impressionné par la cérémonie funèbre de Carnot* (Juin 1894). — *Retour des périodes de mélancolie alternant avec des périodes d'excitation. — Contrariété, achat de trousseau sans autorisation, idées de s'éloigner de sa famille. — Se place lui-même à plusieurs reprises et quitte ses patrons sans motif sérieux. — Pseudo-grivèlerie. — Actes extravagants : correction, taciturnité consécutive. — Nouveaux essais de placement. — En décembre 1894, période de mélancolie et de loquacité. — Emprunts d'argent, fugue* (24 juin 1895). — *Instabilité. — Vol paternel. — Nouveaux emprunts chez des clients de son père. — Voyages multiples. — Description du malade à 18 ans. — Traitement médico-pédagogique. — Disparition des périodes alternantes de mélancolie et d'excitation. — Réapparition des sentiments affectifs. — Amélioration progressive de l'état moral. — Guérison.*

Edouard B....., né à Paris, le 11 octobre 1877, est entré à l'*Institut médico-pédagogique,* le 3 octobre 1895.

**Antécédents** (*Renseignements fournis par le père et la mère le* 8 *octobre* 1895). — *Père*, 50 ans, épicier, actuellement en repos ; bien portant, pas de migraines, pas de convulsions de l'enfance ; caractère un peu vif en paroles ; tempérament tranquille, sobre, « aimant un peu de tout sans passion ». — *Grand-père paternel*, mort à 73 ans, était devenu triste et « ivrogne » après la mort de sa femme. — *Grand'mère paternelle*, bossue, avenante, intelligente, morte d'un *asthme* en 1873. — *Arrière-grand-père paternel*, mort de vieillesse. — Renseignements insuffisants sur les grands-oncles et grand'tantes paternels. — Deux *oncles paternels* ; l'un n'a jamais rien voulu faire, 47 ans, vit de l'aumône des fermiers du pays, « fait tout ce qu'il ne faudrait pas faire, n'a pas l'esprit du bien et du mal », travaille 4 jours et part 15 jours, *arriéré, inconscient, instable* ; l'autre est camelot, paresseux, « on le voit, plus souvent *ivre* qu'autrement ». Ni l'un ni l'autre ne sont mariés et n'ont d'enfants. — *Deux tantes paternelles* : l'une, mariée, a 4 enfants

bien portants; l'autre mariée également, a 3 enfants. Cette dernière s'est *mise à boire* de l'eau-de-vie de cidre, « c'est l'habitude des femmes du pays de boire (environs de Nogent le Rotrou) ; elles s'entraînent réciproquement. » — *Grand-oncle paternel,* mort après avoir été deux ans *paralysé* ; autre *grand-oncle paternel,* mort également *paralysé ;* un troisième mort *tuberculeux.*

*Mère,* 44 ans, a toujours eu des maux d'estomac et d'intestins depuis son deuxième enfant jusqu'à 20 ans ; mariée à 18 ans ; pas de convulsions de l'enfance « Je suis *jumelle* avec une sœur qui a eu beaucoup d'enfants », pas de migraines, cependant depuis 18 mois douleurs de tête avant les règles. Caractère assez vif. Jamais de maladies rhumatismales ; a eu quelques dartres sèches sur les jambes et au cou. — *Grand'père maternel* mort à 63 ans d'une inflammation d'intestins, très sobre, cultivateur. — *Grand'mère maternelle,* très calme, morte subitement d'une congestion au cœur. — *Arrière-grand'mère maternelle* a eu 15 enfants dont trois sont morts jeunes et dont les autres n'ont présenté aucun accident nerveux. — *Cousin* au 1er degré, 25 ans, est *aliéné,* actuellement à Charenton (Léon B...) ; il aurait voulu frapper sa mère pour voir son sang couler ; un autre cousin, *frère jumeau* de ce dernier, est en bonne santé, marié et a un enfant bien venant. — Une *grand'tante maternelle* a eu des *attaques nerveuses* de 20 à 24 ans ; se sauva une nuit en chemise, ne s'est pas mariée. — Un *grand'oncle maternel* était entré au séminaire d'où il a été renvoyé comme *insuffisant.* — Parmi les quatre autres *grands'oncles maternels,* un *arriéré* est mort à 20 ans ; les trois autres ont été bien portants, un seul a fait des *excès de boissons.* — Çinq *oncles maternels* : trois sont morts phthisiques, sobres, l'un de ces derniers a eu trois enfants, deux bien portants, le troisième (Louis B...) est à Bicêtre comme idiot. Les deux autres *oncles maternels* vivant encore ; pas d'accidents nerveux ; ils ont chacun perdu un enfant *phthisique.* — Deux *tantes maternelles* sont mortes de la *poitrine* : l'une sans enfant, l'autre avec trois enfants dont deux sont en bonne santé et dont la troisième est morte *phthisique* à 25 ans. — La *tante maternelle,* sœur jumelle de la mère a eu six enfants ; quatre sont morts de *convulsions* ou de *méningite,* le cinquième est *pied-bot,* le sixième qui a sept ans n'a pas eu de convulsions, intelligent, délicat. — D'après la mère de l'enfant, les *jumeaux* viendraient du côté paternel de la mère où il y aurait eu plusieurs cas de *gémellarité.*

*Pas de consanguinité* : père du Perche, mère du Soissonnais. — Inégalité d'âge de six ans.

Dix *enfants :* 1° et 2°, deux *jumelles* : l'une morte à 20 jours, « s'est éteinte » ; l'autre est morte à 2 mois de *convulsions* qui ont duré trois jours ; elles étaient nées à 8 mois ; — 3° fille morte à 9 mois en 24 heures de la cholérine ; pas de convulsions ; — 4° garçon mort à 7 ans dans notre service à Bicêtre : *idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse* ou *hypertrophique des circonvolutions.* — 5° garçon mort à 11 mois de la cholérine en nourrice ; pas de convulsions ; — 6° notre malade ; — 7° fille, 16 ans, pas de convulsions, intelligente, douce ; *douleurs de tête* se reproduisant trois ou quatre fois par semaine et l'obligeant à se coucher ; parfois vomissements ; elle a un côté *plus faible* que l'autre ; élevée par sa mère ; — 8° garçon, 12 ans, a eu quelques petites *convulsions* sans que l'on ait recouru au médecin ; intelligent, « mais ne fait pas ce qu'il devrait faire » ; — 9° garçon, a eu trois fois des *convulsions* assez fortes, est mort à 6 mois de la cholérine : — 10° fille morte à 6 mois, *convulsions* chaque semaine ; sa tête était toujours rejetée en arrière, tombant entre les épaules.

**Notre malade.** — A la *conception* les parents étaient bien *portants*, sauf la mère qui souffrait de constipation. — *Grossesse* : dans les premiers mois troubles digestifs, constipation, pas de vomissements ; pas de peur, pas de coups, pas de chûtes, pas d'envies, pas de syncopes. — *Accouchement* à terme, naturel, en deux heures ; présentation de la tête. — *A la naissance*, pas de cordon, pas d'asphyxie : « il était très correct, très beau. »

Élevé au sein jusqu'à 13 mois, *n'a jamais cessé de pleurer nuit et jour.* C'était le premier que la mère nourrissait, contrariée d'avoir vu les autres mourir en nourrice. Très constipé, faisant tout vert. Il a cessé de crier à 13 mois quand il a été sevré. — *Première dent* à 7 mois, seize à 16 mois ; les vingt à 2 ans.

*Jamais de convulsions.* — *Marche* à 15 mois. — *Parole* : à 19 mois, il parlait assez bien ; couramment à 2 ans. — *Propre* à 18 mois ; mais durant les hivers jusqu'à 4 ans, il lui arrivait deux ou trois fois par semaine d'uriner au lit.

Envoyé à l'école maternelle à 3 ans : n'a jamais manqué ; apprenait bien ; on lui reprochait de causer toujours et de s'occuper de tout. — A 6 ans va à l'école communale, travaillait bien, causait et jouait, mais distrayait ses camarades ; à deux ou trois reprises différentes, il s'est plaint de la tête. — Est resté à l'école communale jusqu'à 15 ans ; a eu son cer-

tificat d'études à 11 ans 1/2. — A 15 ans, est resté 6 mois avec ses parents qui tenaient un commerce de vins et d'épicerie ; servait au comptoir, on assure qu'il ne fumait ni ne buvait. — Il est resté deux mois avec le successeur de son père qui était très content de lui. — Est allé dans le Soissonnais chez un oncle où il est resté trois mois ; de là a été passer 15 jours à Dieppe avec ses parents. — A été employé six mois chez un marchand de beurre et œufs en gros, puis est revenu chez ses parents qui avaient repris un commerce. (Février 1894.)

Bien qu'il ait continué à travailler régulièrement jusqu'en *juin 1894* on avait remarqué, depuis quelques mois des *changements dans son caractère :* il restait quelquefois *sombre* durant 4, 5 et 6 jours, ne parlait pas à ses parents, mais continuait à parler aux clients ; à ces périodes de *mutisme* succédaient des périodes de *bavardage* exagéré : en même temps *douleurs de tête.* « Quand la barbe a poussé, les changements se sont accentués » ; tandis qu'autrefois il se tourmentait quand il voyait sa mère ennuyée, il montre vis-à-vis d'elle une réelle indifférence ; se fâche même souvent après elle sans cependant être grossier ni violent.

Edouard assiste au convoi de Carnot, il en revient très affecté, consterné, abasourdi ; sueurs exagérées. — Trois jours après, il avait le teint jaune, vu par un médecin qui prescrit une purgation. — Il est resté absorbé pendant douze jours puis se met à causer, sans extravagances cependant ; voulait sortir à chaque instant, avait des caprices, ses chapeaux ne lui plaisaient plus. Puis est survenu une période de *mélancolie.* Il va passer quinze jours chez un oncle à la campagne ; on le ramène à Paris parce qu'on le trouvait trop « émancipé » et qu'il se mêlait sans réserve à toutes les conversations. — Chez ses parents il se montre moins affectueux, moins prévenant. — En septembre 1894, comme ses parents ne veulent pas le laisser aller au mariage d'un cousin, il se montre très mécontent ; se met à faire de la bicyclette, va commander à la Belle-Jardinière un trousseau avec l'idée de se placer hors de sa famille. Trouve lui-même une place à Issy dans une épicerie où il ne reste que 15 jours ; prétendait pouvoir manger du chocolat qui, disait-il, venait de chez son père. — De retour chez lui, il se montre excité et désobéissant. Se fait embaucher à Neuilly et son nouveau patron le remercie le jour même. Il rentre chez sa mère plus excité que jamais, se sert même d'expressions grossières. Au lieu d'aller chez un ami de la famille qui devait le moraliser et chez lequel il devait déjeuner, il s'installe chez un marchand de vins pour manger et comme il n'a pas assez d'argent pour

payer, il laisse sa montre. Il revient chez lui et on l'expédie le lendemain chez son oncle, à la campagne. Il se montre, chez lui, *extravagant*, monte sur les voitures, cause sans cesse : son oncle, pour le faire taire, lui a donné une giffle, il est resté six semaines sans lui causer ; il continuait cependant à faire pour son oncle des recouvrements.

Revenu à Paris, fin décembre 1894, Édouard est replacé chez un de ses anciens patrons, mais le cinquième jour n'y veut plus retourner. — Il est montré au Dr Lecoq qui prescrit une purgation. A partir de ce moment l'enfant est 15 jours sombre, 15 jours excité : la *mélancolie* et la *loquacité* sont de plus en plus accentuées ; pas de bonnes périodes.

Le 24 juin (1895), Edouard emprunte 40 francs à un ami de la famille et part pour le Hâvre. De cette ville, il redemande par dépêche de l'argent à la même personne pour aller, dit-il, à Londres. Comme l'ami va aux renseignements et qu'il apprend la fugue de l'enfant, il ne répond pas à Edouard. Ce dernier revient en toute hâte à Paris, va trouver le boulanger de la famille auquel il emprunte 30 francs et file à Joinville-le-Pont canoter, y dîne et prend le train pour Orléans. Là, n'ayant plus d'argent, il télégraphie au boulanger pour lui demander 10 francs, lui promettant de rentrer à Paris. Son père va le chercher ; il le rencontre dans les rues ; Edouard avait lavé sa chemise lui-même et l'avait remise ; dans le voyage de retour il a, dans le wagon, une très mauvaise tenue.

En juillet 1895, Edouard est resté douze jours sans vouloir quitter sa chambre ; il dérangeait tout, déplaçait les livres, mangeait en dehors des repas. Le 16 juillet, il retourne travailler chez son patron et se conduit bien pendant huit jours. Sans motif aucun n'y veut plus retourner ; son patron vient le reprendre lui-même, essaye de l'encourager et finit par le faire revenir chez lui, mais le travail est de plus en plus irrégulier. Edouard se met à lire beaucoup, se cache pour satisfaire sa passion. Après un voyage en famille où il se montre par intervalles très excité, il retourne chez son patron et le quatrième jour il fait, chez lui, un paquet d'objets les plus divers, vole vingt francs à son père et va, sous prétexte de faire une course, chez une de ses parentes, habitant la banlieue ; il découche, emprunte le lendemain à des amis de son père un franc par ci, quatre francs par là, quinze francs ailleurs. Va déjeuner chez un marchand de vins où il arrive à ne plus avoir le sou, il n'avait même plus de chemise. Il trouve moyen de revenir à Paris, emprunte encore 7 francs à un client de son père et prend le chemin de fer pour aller voir son oncle dans le Soissonnais. C'est là que ses parents le retrouvent

enfin. Il y reste quelques jours, prend à son oncle des quittances d'assurances, en touche le montant (200 fr.) et prend le train pour Paris sans prévenir personne. Arrivé à la gare de l'Est, apercevant un train qui allait partir pour Belfort, il prend un billet d'aller et retour pour cette ville et s'embarque. Ses parents ignoraient où il était passé. Il revient de lui-même à Paris, au bout de quelques jours, et rentre chez ses parents qui le conduisent aussitôt à l'*Institut médico-pédagogique*.

ÉTAT A L'ENTRÉE. — *a) Etat physique*. — La *physionomie* paraît intelligente, l'expression est plutôt triste. Les *cheveux* sont noirs, assez épais, les *yeux* brillants, marron-foncé, entr'ouverts, le *nez* droit et fort, les joues plates, peu colorées, le teint est mat, la *bouche* moyenne, la mâchoire inférieure un peu proéminente, les *oreilles* normales. La lèvre supérieure est couverte d'un duvet brunâtre, la barbe est naissante, assez fournie sur les joues et sur le menton.

*Thorax* très bien constitué, large, épais, région pectorale proéminente, sans exagération. — *Membres supérieurs* régulièrement conformés, articulations phalango-phalanginiennes un peu saillantes, ongles normaux.

*Ventre* plutôt plat, normal. — *Membres inférieurs* tout à fait réguliers; les trois derniers orteils du pied droit un peu portés obliquement en dehors. Le pied gauche ne présente aucune déviation des orteils.

*Puberté*. — Poils noirs, abondants sous les aisselles, quelques poils autour des aréoles mammaires, petits poils entre les deux seins, trainée de poils descendant de l'épigastre et s'élargissant jusqu'au pénil; poils noirs abondants et frisés sur tout le pénil, envahissant les aines, les bourses, et les parties supérieures des cuisses. Le scrotum est normal. — *Verge* assez bien développée, prépuce assez court, laissant voir la pointe du gland. — *Gland* découvrable, un peu pointu, méat normal. — *Testicule gauche* de la dimension d'un œuf de pigeon, *testicule droit* plus gros. Pointe de *hernie inguinale* à droite. — Poils fins, assez abondants, sur la région lombaire, les fesses et les cuisses : poils fins sur la moitié postérieure des bras.

*b) Etat physiologique*. — Rien de particulier à signaler sur son état; rien à l'auscultation. Les articulations sont souples et capables de mouvements étendus. Les *organes des sens* paraissent fonctionner régulièrement. A signaler dans les fonctions digestives, une appétence capricieuse, une constipation persistante.

*c) Etat psychologique.* — L'*intelligence* est celle des enfants de son âge ; l'*attention* et la *réflexion* sont normales, la *mémoire* bonne ; l'*imagination* parfois extravagante ; l'enfant parle beaucoup de tout et sur tout en vrai hâbleur, rabâche longtemps la même idée, coq-à-l'âne fréquents, s'écoute parler, finit par croire que c'est arrivé, se laisse entraîner par l'idée du moment ; dans les rémissions, paraît raisonner à peu près convenablement. — Il a conservé les connaissances acquises durant sa période d'écolage, les a augmentées par des lectures diverses ; on sent cependant que ce qu'il a appris lui-même dans les livres est imparfaitement assimilé, quelques confusions constatées. Son écriture se ressent de l'état du moment : très lisible et très régulière dans les périodes de rémission, elle est tourmentée et irrégulière dans les périodes d'excitation, la lettre qu'il a écrite de Belfort à ses parents est très difficile à lire. Aptitude pour le calcul et la comptabilité en particulier ; préfère les sciences aux lettres, n'aime pas la musique.

*d) Etat instinctif et moral.* — Edouard aime la société, il lui faut du reste quelqu'un à côté de lui pour satisfaire son besoin de parler. Il ne paraît présenter aucune perversion d'instincts. Il est franc ; s'il ment *quelquefois*, c'est inconsciemment. Avoue ses escapades, quand on lui demande pourquoi il a été à Belfort, par exemple, il répond : « C'est une idée qui m'a pris, histoire de me promener. » Paraît avoir la notion du bien et du mal. Idées religieuses assez prononcées. N'est pas méchant. Volonté faible. Se ressent bien vite du milieu dans lequel il vit. Quelques manières communes, surtout à table où il n'a aucune réserve, langage grossier, termes d'argot ; s'occupe très peu de sa toilette, tenue négligée.

*Traitement :* bains, douches, gymnastique, travaux de jardin, travaux scolaires, traitement moral.

1895. *Octobre.* — L'enfant s'est montré très docile à suivre toutes les parties du traitement. En classe cependant, il a le verbe haut, interrompt à chaque instant le maître ; à table, cause tout le temps, se mêle à toutes les conversations, accepte les observations qu'on lui fait, mais les oublie presque aussitôt. Les idées qu'il exprime ne sont pas à proprement parler incohérentes, mais elles présentent des coq-à-l'âne qui déroutent ceux qui l'écoutent. — La pointe de *hernie* signalée à l'entrée, persistant, l'enfant porte un bandage spécial.

*Novembre.* — L'enfant ne présente plus de constipation.

Forte migraine le 15, purgatif le lendemain. — Léger eczéma sur la joue droite le 20, qui disparait le 25. — Le bavardage incessant persiste ; pas de période de mélancolie.

*Décembre.* — L'enfant est très tranquille en classe ; le verbiage a sensiblement diminué ; à table, Edouard mange proprement, ne se mêle plus que discrètement aux conversations. — Le 25, un de ses camarades s'étant moqué de lui, Edouard reste près d'une heure sans vouloir causer à qui que ce soit. Ce petit accès de mélancolie n'a pas eu d'autre suite.

1896. *Janvier.* — L'enfant est allé quatre jours chez lui, s'est très bien comporté. — A sa rentrée, le 5, purgatif. — Le 20, autre purgatif. — L'amélioration continue ; l'enfant suit les cours de la classe, comme un enfant ordinaire ; prend plaisir maintenant aux travaux manuels.

*Février.* — Sort le jour du mardi gras, tout se passe bien. — Légère migraine le 18.

*Mars.* — Purgatif le 2. — Sort à la mi-carême, ses parents, en nous le reconduisant, nous font son éloge. — La hâblerie a complètement disparu ; ne cause plus maintenant que pour dire quelque chose de sensé. Est le premier à demander un devoir ou une leçon, ne reste jamais inoccupé, prend goût à la musique, morigène ses camarades, s'occupe même affectueusement des enfants plus jeunes que lui, veille à leur toilette et à leur tenue. — A table, il s'informe à chaque instant si telle ou telle chose doit ou ne doit pas être faite.

*Avril.* — L'amélioration continue, Edouard a oublié ses frasques, s'il en parle, par hasard, c'est pour nous dire : « Les drôles d'idées que j'avais. » On le laisse sortir et rentrer seul à deux reprises, aucun incident ne se produit. Le 19 ses parents le reprennent à titre d'essai ; il est confié à l'oncle de province, qui l'avait déja eu ; y reste jusqu'au 5 octobre. A sérieusement travaillé avec cet oncle qui est expert-géomètre. Dans le courant d'octobre, il est placé comme aide comptable chez un commissionnaire des Halles. Est resté à la même place jusqu'au moment de son départ pour le service militaire. (Novembre 1898.)

Edouard, soit seul, soit accompagné de ses parents, est revenu souvent nous rendre visite. Nous avons pu ainsi constater que l'amélioration a été une véritable guérison. La dernière fois que nous avons vu son père, ce dernier nous a dit : « Je n'aurais jamais cru qu'Edouard serait redevenu

l'enfant d'autrefois. » — Il accomplit actuellement son service dans un régiment d'artillerie (1).

RÉFLEXIONS. — I. Dans le cas que nous rapportons, l'*hérédité* est extrêmement chargée. Du côté *paternel*, nous trouvons des exemples d'alcoolisme, d'arriération, de vagabondage, de paralysie, etc. — Du côté *maternel*, il y a des crises nerveuses, de l'aliénation, de l'alcoolisme, des méningites, un pied-bot. Tous les frères et sœurs du malade ont eu des *convulsions* ; l'un d'eux est mort dans notre service à Bicêtre de *sclérose tubéreuse* (2). Il suffit de se reporter au sommaire pour voir en détail l'hérédité, que nous ne pouvons retracer dans ces considérations générales.

II. Bien que la conception, la grossesse et la naissance n'aient présenté aucun trouble pathologique, l'enfant n'aurait cessé de crier nuit et jour jusqu'à l'époque du sevrage, à 13 mois. Exception faite de l'*incontinence nocturne d'urine* qui se serait produite jusqu'à 4 ans, Edouard n'aurait offert rien d'anormal au point de vue de l'évolution physique et intellectuelle. A dater de 3 ans, on lui reproche déjà son bavardage excessif et une tendance à vouloir s'occuper de tout. Si nous relevons ces manifestations qui, après l'asile maternel, se reproduisent à l'école primaire, c'est parce qu'elles prendront à l'époque de la *puberté* une intensité morbide, une allure pathologique. De la sortie de l'école au début de la seizième année, rien de particulier ; mais au moment où Edouard devient pubère, on remarque des périodes d'excitation et de

(1) [Depuis la rédaction de cette observation, E.. B... est venu nous voir (5 avril 1899) ; il nous annonce lui-même qu'il est proposé pour être brigadier après l'inspection annuelle d'avril. La tenue est bonne, la physionomie ouverte et dénotant une excellente santé.]

(2) Son obs. a été publiée *in-extenso* dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1881, p. 545 et reproduite dans la thèse de M. Thibal, intitulée : *Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse ou hypertrophique du cerveau*. Paris, 1888.

bavardage, alternant avec des périodes de mélancolie et de taciturnité, le tout accompagné de douleurs de tête. En même temps les sentiments affectifs diminuent, et l'enfant devient irritable même envers sa mère. En juin 1894, Édouard assiste aux obsèques de Carnot : il en est affecté au point de vue physique et moral. Pendant une douzaine de jours, il a des idées bizarres, éprouve un besoin de mouvement sans but, puis, survient une période de mélancolie à laquelle succède une période de loquacité ; et l'alternance de ces phénomènes pathologiques devient régulière et ne présente plus d'interruption. En même temps s'accentue la bizarrerie des idées et apparaissent les premiers signes d'*instabilité* (achats non autorisés, placements spontanés et multiples, vol d'argent à son père, emprunts à des amis de la famille, grossièretés, fugues, etc). C'est dans cet état qu'il est amené à l'Institut médico-pédagogique

III. Les signes de dégénérescence physique sont insignifiants chez ce malade : nous ne constatons qu'un peu de prognathisme et de l'inégalité testiculaire ; bien que la pointe de hernie siège du côté droit, c'est le testicule correspondant qui est le plus développé. En somme, conformation physique bonne ; rien à noter au point de vue physiologique. Sous le rapport psychique : loquacité, vantardise, association d'idées bizarre, instabilité mentale résultant d'aperceptions insuffisantes, tenue négligée, langage grossier, sans réserve. A remarquer que ces manifestations psychopathologiques se sont montrées sous leur véritable jour au moment même de la puberté.

IV. Sous l'influence de l'*isolement* et de l'application méthodique du *traitement médico-pédagogique* pendant une durée de six mois, l'état général de l'enfant s'améliore progressivement ; la tenue devient

convenable, le verbiage disparait, Edouard n'est plus indiscret ; on ne constate qu'une période courte de mélancolie, et elle reste isolée ; l'association des idées devient de plus en plus normale, le travail tant scolaire que manuel indique de l'esprit de suite ; l'affectivité réapparait ; les idées de fugues s'évanouissent complètement.

V. A sa sortie, Edouard parait guéri. Ses parents, le patron qui l'occupe viennent nous voir six mois et un an après ; ils nous font des éloges de l'enfant. Edouard lui-même nous fait des visites à chaque occasion et nous pouvons nous rendre compte, par nous-mêmes, de la persistance de l'amélioration. Enfin depuis son départ au régiment (novembre 1898) *l'enfant* s'est toujours bien comporté, et sa conduite n'a donné lieu à aucun incident. Il y a donc bien eu *guérison*. (Voir la note 1 de la page 180.)

---

XII.

# Idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse ou hypertrophique.

PAR BOURNEVILLE.

L'*idiotie* symptomatique de *sclérose tubéreuse* ou *hypertrophique* se rencontre assez rarement. L'observation que nous donnons est la septième de notre série personnelle (1). De même que ses ainées, elle nous semble mériter d'être soumise à nos lecteurs et de nature à provoquer la publication de cas analogues dont la réunion pourra servir, si cela est possible, à tracer la nosographie de cette forme curieuse d'idiotie.

SOMMAIRE. — *Père quelques excès de boisson. — Arrière grand'mère morte d'une troisième attaque de congestion cérébrale. — Arrière grand'mère paternelle morte « un peu paralysée ». — Gémellarité.*

*Mère, enfant du siège, nerveuse. — Tante maternelle migraineuse. — Renseignemeuts insuffisants.*

*Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 13 ans.*

*Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de notable. — Enfant normale jusqu'à 6 mois. — De sept (?) à dix mois, convulsions. — A dix mois, état anormal : regard fixe, station verticale impossible, convulsions quotidiennes, de plus en plus répétées jusque vers un an. — Vers 17 mois accès de cris, grincement de dents, surdité apparente, balancement antéro-postérieur du tronc, pâleur*

---

(1) Voir plus loin le tableau récapitulatif, p. 198.

*intermittente de la face. — Sommeil interrompu par des accès de cris. — Préhension presque nulle. — Gâtisme. — Attention non fixable. — Aucun signe d'intelligence, marche très limitée. — Description de la malade.*

1896. *Entérite, puis bronchite avec fièvre : suspension des vertiges. — Amélioration à divers points de vue. — Grincements de dents.*

1897. *Diarrhée verte intermittente ; — bronchite, dyspnée, mort.*

AUTOPSIE : — *Nombreux noyaux de sclérose tubéreuse sur les deux faces des hémisphères cérébraux. — Trainée de nodosités scléreuses, le long des corps striés. — Congestion pulmonaire. — Hypertrophie et dégénérescence graisseuse du foie. — Congestion et ramollissement, d'une partie de la muqueuse de l'intestin grêle.*

Blach.. (Angèle), née à Paris le 14 avril 1894, est entrée dans le service le 12 février 1896.

**Antécédents.** *(Renseignements fournis par le père et la mère* en 1896 et complétés en mars 1897.)

PÈRE, 38 ans, courtier en vins, aucun accident nerveux, ni vénérien, eczéma il y a 2 ans, quelques *excès de boisson*, parfois pituite, n'a pas l'aspect d'un alcoolique. — [*Père, mère* en bonne santé, sobres. — *Grand'père paternel* mort vers 75 ans on ne sait de quoi. — *Grand'mère paternelle* morte à sa troisième attaque de *congestion cérébrale*. — *Grand'père paternel* mort à 67 ans, on ignore de quelle maladie. — *Grand' mère maternelle* morte un *peu paralysée*, sans démence ; elle a eu deux *jumelles* (Pas d'autre cas dans la famille). — Un *oncle* et deux *tantes paternels*, ainsi que leurs enfants, n'offrent rien de particulier. — Ni *oncle*, ni *tante maternels*. — Trois *frères* morts dans l'enfance, on ne saurait dire s'ils ont eu des convulsions. — Dans le reste de la famille, on ne connait aucune espèce de tare, ni aliénés, ni épileptiques, etc.]

MÈRE, 25 ans, née en janvier 1871, sans profession, aucun accident nerveux, si ce n'est des névralgies dentaires, caractère impérieux, un peu nerveuse. — [*Père* sujet à des *céphalalgies*, sobre. — *Mère* en bonne santé. — *Grand-père* et *mère* paternels pas de renseignements. Elle n'a connu que quelques-uns de ses *oncles* qui jouissaient d'une bonne santé. —

Pas de frère. — Une *sœur* sujette à des *migraines*. — Rien de particulier dans le reste de la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 13 ans.

Deux *enfants* : 1° la malade, 2° un garçon âgé d'un an (1).

**Notre malade.** — La *conception* a eu lieu dans de bonnes conditions, trois mois après le mariage. — *Grossesse* : pas d'alcool, pas de syncope, pas d'œdème, pas de peur. Au second mois contrariété parce qu'une femme est venue demander à parler à son mari ; elle a cru que c'était une ancienne maîtresse, elle a pleuré, a été triste deux ou trois jours, mais il n'y a eu aucun accident sérieux. Quelques nausées non suivies de vomissements. — *Accouchement* en six heures, présentation de la tête ; elle ne peut dire si elle a perdu beaucoup d'eau. — *A la naissance*, pas d'asphyxie ; elle avait des dimensions ordinaires, et a crié de suite. Elle a été le lendemain confiée à une nourrice bien portante et sobre. Le père affirme que sa fille, à six mois, était plus forte, paraissait mieux portante que son fils au même âge, et qu'elle était au moins aussi éveillée. Elle riait, regardait, « faisait comme un enfant qui s'amuse bien. » Lorsqu'on l'a revue à dix mois, elle ne paraissait plus normale, ce qu'on attribue à des *convulsions* qui n'auraient pas été soignées et sur lesquelles, malheureusement, on n'a pas de détails. Elle a été sevrée à cette époque pour permettre à sa nourrice d'allaiter son frère et a été reprise par ses parents. Elle avait le regard fixe et ne se tenait pas debout. Dès le lendemain de son retour, on a vu des *convulsions* : L'enfant devenait raide ; les yeux étaient tournés : « on ne voyait que le blanc » ; la face était très pâle, puis l'enfant avait un petit tremblement ; on ne se rappelle pas si elle bavait ou écumait. On croit qu'il n'y avait pas de différence entre les deux côtés du corps. Cette crise a duré deux minutes. Le même jour elle en aurait eu deux autres.

Pendant une semaine, on a noté deux ou trois crises par jour, durant chacune moins de deux minutes. Au bout d'un mois, elles sont survenues *plusieurs jours de suite*. Ultérieurement, elles se sont montrées à des époques irrégulières. Il n'y en avait pas eu dans les deux mois qui ont précédé son entrée.

(1) En mars 1897, la mère, que nous avons revue, nous apprend qu'il continue à bien se porter, est intelligent, parle bien ; enfin qu'il lui est né en février de cette même année un 3me enfant qui parait bien venant.

L'enfant a commencé à avoir des *accès de cris* après la dernière série convulsive dont nous venons de parler (novembre 1895). « Ces cris, dit la mère, n'avaient rien d'humain ; c'était comme des cris d'animaux ; ils survenaient à la moindre contrariété, si on lui faisait sa toilette, si on la levait. » C'est à la même époque que sont survenus les grincements de dents : « Elle en grinçait de plus en plus ; c'était agaçant. » La préhension était limitée à la prise des aliments, biscuits, pain. Elle jetait les jouets.

Jamais elle n'a donné aucun signe d'intelligence. « Sauf ce qui concernait les aliments, tout le reste lui était indifférent ; elle ne reconnaissait personne. » L'attention n'était nullement fixable ; si on l'interpellait vivement, elle restait indifférente. Le médecin de la famille a cru un moment qu'elle était sourde. Le sommeil aurait été bon jusqu'à l'entrée.

On n'a pas noté de krouomanie, mais souvent elle mettait la tête entre les mains comme quelqu'un qui souffre. On ne saurait dire si les oreilles devenaient rouges : en revanche on aurait remarqué que, parfois, la face devenait très pâle. Balancement antéro-postérieur du tronc, pas de strabisme.

Appétit passable ; vomissements très rares ; ni constipation, ni vers. Elle marchait tenue à la main et l'on n'a pas constaté de différence entre les deux côtés du corps. Elle serait tombée deux ou trois fois sans que ces chutes aient présenté quelque chose de particulier.

L'enfant n'aurait eu aucune *maladie infectieuse*, ni *aucun accident scrofuleux*.

La *sensibilité générale* paraît conservée. Il en est de même de la *sensibilité spéciale*. Le regard est fixe. Bl... est à peu près insensible à la lumière et au bruit ; si le bruit est exagéré, on note une légère agitation des paupières. *L'attention* est nulle, ainsi que les *sentiments affectifs*. Elle ressemble davantage à son père qu'à sa mère ; elle ne reconnaît pas ses parents.

Les parents ont relevé des *étourdissements*, environ une fois par semaine : L'enfant étant sur sa chaise tombait comme endormie ; étant réveillée elle poussait des cris. — Le *sommeil* est variable : quelquefois, elle dort pendant 10 ou 12 heures de suite ; d'autrefois elle se réveille peu après s'être endormie et pousse des cris ininterrompus jusqu'au jour.

**État actuel** (13 *février* 1896). — Embonpoint moyen ; malgré cela, l'enfant a un air maladif dû surtout à la pâleur cireuse de son teint. La physionomie est dénuée de toute expression ; le regard est dur, presque méchant. — Balancement

latéral de la tête. — *Cheveux* blonds, abondants au sommet de la tête et rares sur les tempes. — La *peau*, pâle comme le visage, n'offre ni taches, ni cicatrices.

*Crâne* allongé, symétrique ; les bosses pariétales sont peu marquées et les bosses frontales à peine dessinées. — Les fontanelles sont fermées. — Le *front* est haut, bien découvert, rétréci. — *Visage* ovale, plus étroit en haut qu'en bas. Les sourcils sont peu fournis ; les arcades sourcilières sont déprimées. Les mouvements des *yeux* sont lents. L'iris est bleu, les pupilles un peu dilatées ne réagissent que médiocrement à la lumière surtout à gauche. C'est tout ce qu'on peut constater. — Le *nez* est court, camus ; les ailes du nez sont égales, la cloison régulière. *L'odorat* semble obtus, l'enfant étant indifférente aux bonnes et aux mauvaises odeurs. — Les *joues* sont arrondies, assez larges. — La *bouche*, d'habitude largement ouverte, mesure 52$^{mm}$. La lèvre supérieure est mince, l'inférieure est lippue et pendante, l'enfant a constamment son pouce dans la bouche. — Les maxillaires présentent un large développement du diamètre transversal avec abaissement léger de la voûte palatine. — La *dentition* est saine et normale, sauf un léger retard d'éruption des deuxièmes molaires temporaires supérieures qui n'ont point encore apparu, mais sont sur le point de sortir (1).

*Cou :* circonférence 25 centimètres. Le *corps thyroïde* est petit.

*Thorax :* large, volumineux, cylindrique, sans traces de rachitisme.

*Abdomen* très déprimé, souple, rien de particulier pour le *foie* et la *rate*. — *Organes génitaux :* les grandes lèvres sont nettement marquées surtout à la partie inférieure. *Erythème* de la vulve occasionné par le contact de l'urine, l'enfant étant gâteuse ; pas d'onanisme.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont assez volumineux et potelés ; les ongles sont réguliers, les tibias sont assez fortement incurvés en dedans. L'enfant se tient convenablement sur ses jambes et met de la bonne volonté à se tenir dans le chariot. — Les *réflexes* sont normaux, plutôt un peu diminués. Les mouvements volontaires sont lents et rhythmés. Les mouvements provoqués sont naturels. — Il n'y a pas de contracture.

L'enfant ne sait pas se servir de la cuillère, prend plaisir à mettre ses mains dans son assiette, mange avec avidité tout

(1) L'examen des dents a été fait par M. Bouvet en juin 1896 quand l'enfant avait 26 mois.

ce qu'on lui donne. Elle pleure dès qu'elle aperçoit la soupe, et ne cesse de crier que lorsqu'on la fait manger. Elle boit peu et préfère le lait au vin. La mastication se fait assez bien, la déglutition est régulière, ni bave, ni succion, ni rumination, selles régulières, involontaires ainsi que la miction.

*Respiration, circulation* rien à noter.

La *parole* est tout à fait nulle. — L'enfant n'aide en rien à s'habiller, ne sait rien faire avec ses mains, elle est très coléreuse, aime à se trainer par terre, ne s'amuse avec aucun jouet, pousse des cris perçants dès qu'on la regarde, trépigne des pieds ; ne s'intéresse à rien de ce qui se passe autour d'elle ; crie des heures entières sans motifs. Elle tête son pouce constamment, pousse des cris épouvantables lorsqu'il s'agit de lui donner des soins de toilette.

*Traitement* : toniques, exercices de la marche, bains.

1er *avril*. — Diarrhée verte. T. R. 38°.

3 *avril*. — Augmentation de la diarrhée. T. R. 40°,2. — Acide lactique, lavements boriqués, etc.

4 *avril*. — Amélioration ; les selles sont moins fréquentes et ont meilleur aspect.

7 *avril*. — La diarrhée a disparu. — *Bronchite*. T. R. 38°,5.

14 *avril*. — La bronchite diminue, l'enfant reprend ses forces, mais elle a maigri durant ses deux maladies.

*Mai*. — Depuis le début de son *entérite* (avec fièvre) jusqu'à la fin du mois de mai elle n'a pas eu de vertiges.

*Juillet*. — La physionomie est beaucoup plus éveillée. Bl.. prononce distinctement le mot : maman ; se tient très bien sur ses jambes et aime l'exercice de la *marche*. Elle se laisse débarbouiller plus facilement ; se montre un peu affectueuse envers les personnes qui la soignent. Elle semble s'intéresser au chant et à la musique. Les colères ont diminué.

*Température à l'entrée.*

| | | *Matin.* | *Soir.* |
|---|---|---|---|
| 12 février | 1er jour | 37°, 4 | » |
| 13 — | 2e — | 37° | 36°, 7 |
| 14 — | 3e — | 37° | 37° |
| 15 — | 4e — | 37°, 5 | 37°, 4 |
| 16 — | 5e — | 37° | 37° |

1897. *Janvier*. — Bl... est plus forte sur ses jambes et *marche* constamment. — Les *colères* ont diminué de fréquence et d'intensité. — De temps en temps, diarrhée.

20 *février*. — Toux assez fréquente ; appétit persistant.

21 *février*. — Nuit bonne, un peu d'abattement, soif assez vive, refus de manger. Quelques râles de bronchite. T. R. 37°, 1 et 37°, 4.

*22 février.* — La toux est la même, l'abattement est plus prononcé, réapparition de la diarrhée. T. R. 37°, 2 et 37°, 5.

*23 février.* — Même état, diminution de la diarrhée, fièvre légère. T. R. 38° et 38°, 4.

*24 février.* — Nuit bonne, abattement très prononcé malgré cela. Toux rare, selles vertes, T. R. 39°, 4 et 39°. — Vers huit heures du soir dyspnée, cyanose de la face et des lèvres, mort à 9 heures 1/2.

*Tableau du poids et de la taille.*

| | 1896. | | 1897. |
|---|---|---|---|
| | Février. | Juillet. | Janvier. |
| Poids........................ | 10 k. | 10 k. | 11.200 |
| Taille........................ | 0m77 | 0m79 | 0m79 |

*Tableau des accès.*

| Mois. | 1896 A. | 1896 V. | 1897 A. | 1897 V. |
|---|---|---|---|---|
| Janvier...................... | — | — | » | 7 |
| Février...................... | » | 23 | » | 6 |
| Mars ........................ | » | 15 | | |
| Avril ........................ | » | 5 | | |
| Mai ......................... | » | » | | |
| Juin......................... | » | 10 | | |
| Juillet....................... | » | 5 | | |
| Août ........................ | » | 8 | | |
| Septembre.................... | » | 4 | | |
| Octobre ..................... | » | 3 | | |
| Novembre .................... | » | 6 | | |
| Décembre .................... | » | 5 | | |
| Totaux ........ | » | 84 | » | 13 |

| Mesures de la tête. | 1896 Février. | 1896 Juillet. | 1897 Janvier. |
|---|---|---|---|
| Circonférence horizontale maxima | 47 » | 47 » | 47 » |
| — bi-auriculaire | 31 » | 31 » | 31 » |
| Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez | 36 » | 36 » | 36.1 |
| Diamètre antéro-postérieur maximum | 16.3 | 16.4 | 16.4 |
| — bi-auriculaire | 10.5 | 10.5 | 10.5 |
| — bi-pariétal | 12.5 | 12.5 | 12.5 |
| — bi-temporal | 10 » | 10 » | 10 » |
| Hauteur médiane du front | 5.5 | 5.5 | 5.5 |

*Température après la mort.*

| | |
|---|---|
| Aussitôt la mort | 37° |
| 1[2 heure après | 35° |
| 2 — | 33° |
| 5 — | 30° |
| 7 — | 26° |
| 9 — | 19° |

La température de la salle était de 18°.
*Poids* après décès : 11 kilogr.

**Autopsie** faite 36 heures après le décès. — *Cuir chevelu* médiocrement épais ; petites ecchymoses en avant. — Os du *crâne* minces, peu durs et parsemés de nombreuses plaques transparentes. — La fosse temporale gauche semble plus petite que la droite. — Les *sutures* sont moyennement sinueuses, translucides ; la frontale gauche et l'occipitale droite ont chacune un os wormien. — *Glandes pituitaire* et *pinéale*, rien. — *Dure-mère* assez adhérente à la calotte. — *Liquide céphalo-rachidien* en petite quantité. — *Pie-mère* finement vascularisée d'une façon générale. — Les différentes parties de la base de l'encéphale sont symétriques.

| | |
|---|---|
| Hémisphère cérébral droit | 430 gr. |
| — — gauche | 425 gr. |
| Cerveau | 855 gr. |
| Hémisphère cérébelleux droit | 50 gr. |
| — — gauche | 50 gr. |
| Bulbe et protubérance | 25 gr. |
| Cervelet et isthme | 125 gr. |
| Encéphale | 980 gr. |

HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL DROIT. — *Face externe.* — L'aspect général de l'hémisphère consiste en des circonvolutions assez compliquées, coupées de sillons nombreux, la plupart petites et comme flétries par la méningo-encéphalite, beaucoup ont perdu une partie de leur substance grise superficielle quand on a enlevé la pie-mère qui leur adhérait fortement. Mais ce qui caractérise tout particulièrement cet hémisphère ce sont les *noyaux de sclérose tubéreuse* qui forment un contraste frappant avec les régions qui les avoisinent. Ces noyaux, très-durs au toucher, donnent aux portions de circonvolutions qui en sont le siège un aspect hypertrophié, lisse, d'une blancheur très-prononcée qui tranche sur la couleur grise des portions de circonvolutions non sclérosées ; ils font saillie au-dessus des autres régions dont ils se distinguent très-nettement du premier coup d'œil. Nous allons décrire méthodiquement ces lésions.

$F_1$ est petite et atteinte par la *méningo-encéphalite* dans sa première moitié antérieure. Sa moitié postérieure est atteinte de *sclérose tubéreuse*. Une masse importante de sclérose existe à ce niveau comprenant cette partie de $F_1$ et un pli de passage hypertrophié entre $F_1$ et $F_2$. Cette masse a 6 centimètres d'avant en arrière et 3 cm, 5 environ de dedans en dehors et de haut en bas. $F_2$ est très altérée par la méningo-encéphalite. Vers sa partie médiane est un petit noyau tubéreux qui relie le noyau important que nous venons de signaler avec une seconde région sclérosée dans le trajet de $F_3$. En effet, toute la partie de $F_3$ qui forme les opercules frontal et rolandique est le siège de sclérose tubéreuse. Toute la région supérieure des circonvolutions FA et PA, le long du sillon de Rolando est sclérosée. — Le lobe pariétal supérieur est altéré par la *méningo-encéphalite,* mais le lobe pariétal inférieur est presque entièrement atteint de *sclérose tubéreuse*, formant un foyer très vaste qui s'étend sur le tiers postérieur du lobe temporal et sur le bord antérieur du lobe occipital. La partie antérieure du lobe temporal ne paraît

pas présenter de lésions accentuées. Rien de particulier à noter au niveau de l'insula. (PL. X).

*Face interne.* — La face interne de l'hémisphère gauche offre des lésions analogues à celles de la face externe. $F_1$ est atteinte de sclérose tubéreuse à son origine vers le pli fronto-limbique, puis à deux centimètres de la corne frontale où est un noyau d'un centimètre carré ; quelques millimètres en arrière se trouve un autre noyau de 2 cm. 5 qui continue le noyau de la face externe. D'autres foyers de sclérose occupent le lobule paracentral à sa partie postérieure, la région antérieure du coin, la corne occipitale et la seconde circonvolution temporo-occipitale. (PL. XI).

HÉMISPHÈRE CÉRÉBRAL GAUCHE. — Les lésions de cet hémisphère sont semblables à celles du côté opposé.

*Face externe* — Cinq noyaux de sclérose hypertrophique sur le *lobe frontal* qui transforment son aspect ordinaire : 1° Un noyau triangulaire dont la base est formée par la scissure interhémisphérique et mesure 2 centimètres environ et dont le sommet est situé vers le 1/4 antérieur de $F^3$ ; le noyau est divisé par des sillons en trois segments et à 3 cm. 1/2 de hauteur. 2° Un second noyau existe un peu au-dessous de l'opercule frontal sur $F^3$ mais n'a guère plus d'un centimètre de dimension. 3° et 4° Deux gros noyaux arrondis existent sur le trajet de $F^2$ ou plus exactement forment une circonvolution supplémentaire et volumineuse entre $F_1$ et $F^2$, nettement séparée par un sillon. Le premier, antérieur, a 2 cm. 1/2 de diamètre, le second postérieur 1 cm. 1/2. 5° Le tiers moyen de FA est encore le siège de sclérose tubéreuse sur un trajet de 2 cm. de longueur. Les autres parties des circonvolutions frontales ont été privées de leur substance grise superficielle lorsqu'on a arraché la pie-mère et cela à cause des nombreuses adhérences de cette membrane. (PL. XII).

Le *lobe pariétal* n'offre pas de sclérose sur PA, ni sur le lobule pariétal supérieur, mais tout le lobule pariétal inférieur est le siège de sclérose tubéreuse hypertrophique, le gros noyau scléreux, qui a 4 cm. 1/2 d'avant en arrière sur 3 cm. 1/2 de haut en bas, est divisé en deux par le sillon parallèle.

Le *lobe occipital* est sclérosé au niveau de l'extrémité de la corne occipitale et ce foyer, qui semble la continuation du noyau pariétal, occupe la moitié postérieure du lobe occipital.

Un autre noyau assez petit, d'un centimètre environ, existe à la jonction de $T^3$ avec le lobe occipital.

Le *lobe temporal* présente vers la corne sphénoïdale un gros noyau comprenant l'origine des trois circonvolutions temporales, et qui a 3 centimètres d'avant en arrière. $T_1$ n'est alors sclérosée que vers son pied au niveau du lobe pariétal. $T^2$ vers sa partie moyenne s'unit à $T^3$ par un gros pli de passage sclérosé. $T^3$, dont le 1/3 antérieur forme une grande partie de la zone scléreuse de la corne sphénoïdale, subit la même altération dans son tiers postérieur.

*Face interne.* $F_1$, à deux centimètres de l'extrémité de la corne frontale, offre une zone scléreuse de 2 cm., continuation de la zone de la face externe. Rien à noter sur le lobe paracentral. Le *lobule quadrilatère* présente à sa partie moyenne un petit noyau assez nettement limité de 1 cm. sur 5 millimètres. Rien d'anormal dans le *coin*. La *circonvolution temporo-sphénoïdale* est presqu'entièrement sclérosée tandis que la *circonvolution de l'hippocampe* parait indemne. Sur le trajet de la circonvolution du corps calleux on constate, au niveau de son extrémité antérieure, au-dessus du pli fronto-limbique, un noyau sclérosé de 1 cm. environ et un autre de 2 centimètres en avant du pli pariéto-limbique. Rien à noter d'apparent au *corps calleux*, aux *noyaux gris*, ni aux *tubercules quadrijumeaux* et aux *pédoncules cérébraux*. (PL. XIII).

Des deux côtés, il existe dans le *ventricule latéral*, le long du sillon qui sépare la couche optique du corps strié, une *traînée de petits noyaux de sclérose*, formant une saillie assez notable. *Nous avons trouvé cette lésion dans tous les cas de sclérose tubéreuse.*

Au niveau des *îlots de sclérose*, la *pie-mère* n'est nullement adhérente ; elle est mince et semble passer sur eux comme un voile. Nous avons également mentionné cette particularité dans tous les autres cas. Cette disposition forme un contraste frappant avec les lésions de *méningo-encéphalite* constatées sur un grand nombre des circonvolutions non sclérosées.

*Cou.* — Le lobe droit du *corps thyroïde* est un peu plus gros que le gauche (5 gr.). — Quelques traces du *thymus*.

*Thorax.* — Congestion légère du lobe inférieur du *poumon*

*droit* (110 gr.) ; le *poumon gauche* (80 gr.) crépite dans toute son étendue. — *Cœur* (80 gr.) : caillots agoniques dans les quatre cavités ; trou de Botal oblitéré.

*Abdomen.* — *Foie* volumineux offrant un certain degré de dégénérescence graisseuse (1.025 gr.). — *Rate* lobulée, consistante (75 gr.). — *Rein droit* (40 gr.), lobulé ainsi que le *gauche* (45 gr.), tous deux un peu décolorés. *Capsules surrénales*, 2 et 3 gr. — *Estomac, pancréas, vessie,* rien. — L'*intestin grêle*, à 50 cent. de sa terminaison, a sa *muqueuse congestionnée* et *ramollie* sur une longueur de 30 cent. ; ni fausses membranes, ni perforation.

**Étude histologique** ; par le Dr Ch. PHILIPPE.

TECHNIQUE. — Après fixation par la solution de formol à 10 0/0, le lobe occipital a été divisé en plusieurs blocs par des sections vertico-transversales. Chacun de ces blocs fut mordancé par les sels de chrôme, inclus dans la celloïdine progressivement concentrée, puis débité en coupes minces avec le microtome à glissière. Les colorations employées furent : l'hématoxyline de Weigert-Pal-Kulschitky (gaines myéliniques des tubes nerveux), le picro-carmin ammoniacal de Ranvier et l'hématoxyline alunée (protoplasma et noyaux cellulaires, névroglie, tissu conjonctif et vaisseaux).

Ainsi, au niveau du lobe occipital tout entier, nous avons pu étudier l'écorce, le centre ovale de chaque circonvolution, le centre ovale proprement dit. Rappelons que le lobe occipital, à l'œil nu, présentait les mêmes nodosites scléreuses et les mêmes circonvolutions, légérement atrophiées, que les autres lobes ; nous pouvons donc, avec toute vraisemblance, conclure des lésions du lobe occipital aux lésions de l'hémisphère tout entier.

RÉSULTATS. — Avant d'entrer dans la description histologique du processus rencontré chez Bl.., nous voulons insister sur les faits suivants, mis aisément en lumière par l'examen comparatif de plusieurs coupes :

1° La lésion évolue par *foyers*, très irrégulièrement disséminés ; certains territoires apparaissent absolument

sains et pour la substance grise de leur écorce et pour la substance blanche de leur centre ovale ; tout à côté d'eux se voient d'autres segments, modifiés plus ou moins profondément.

2° Elle prend également la substance blanche et la substance grise, ensemble ou séparément.

3° Elle n'a pas partout le même degré d'intensité ; dans certains foyers, les éléments nerveux ont totalement disparu ; dans d'autres, ils apparaissent en grand nombre, qu'il s'agisse des cellules ou des tubes myéliniques ; dans d'autres enfin, ils sont à peine modifiés.

Ce dernier caractère du processus pathologique va servir, tout naturellement, de guide à notre description ; ainsi, nous étudirons successivement le foyer maximum, le foyer moyen, le foyer initial.

*Le foyer maximum* correspond aux nodosités dures, saillantes et blanchâtres, relevées, dès l'examen macroscopique, sur le cerveau de Bl.. Les altérations que nous y avons rencontrées sont identiques à celles décrites par Bourneville et Brissaud dans leur Mémoire fondamental de 1880 (1), relatant, pour la première fois avec un examen histologique complet, deux cas de sclérose hypertrophique tubéreuse. L'écorce et le centre ovale ne se distinguent plus ; tout est transformé en une masse névroglique compacte, colorée en rouge foncé par le picro-carmin après le mordançage par les sels de chrôme. Cette masse névroglique est constituée principalement par des fibrilles très-denses, fasciculées ou réticulées ; ces fibrilles, dans le voisinage des vaisseaux ou sous la pie-mère, prennent assez souvent le dispositif en tourbillons. Les éléments cellulaires, très-rares par rapport au développement excessif des fibrilles, sont représentés surtout par des noyaux, arrondis ou ovalaires, disséminés à travers les fascicules ou les réseaux névrogliques. Toutefois, on aperçoit encore, çà et là, quelques cellules-araignées, très-grêles, à prolongements peu nombreux. — Que sont devenus les éléments nerveux ? Sur les coupes colorées par le picro-carmin ou

(1) *Archives de neurologie*, t. I, p. 399.

par l'hématoxyline de Weigert-Pal, nous n'avons pu mettre en évidence des cellules nerveuses ou des tubes nerveux, au sein de la masse névroglique, si compacte, qu'elle en arrive à tout masquer ; mais il est fort possible que certains noyaux soient de nature nerveuse. Les vaisseaux ne paraissent pas augmenter sensiblement de nombre ; ils ont tous une lumière singulièrement étroite, rétrécie concentriquement, sans doute à la suite du développement exagéré, véritable hyperplasie, de la névroglie ambiante. Cette hypothèse devient encore plus vraisemblable, si l'on réfléchit aux rapports intimes qui existent entre les éléments névrogliques (fibres et cellules), et les tuniques externes des vaisseaux des centres nerveux.

Ainsi, l'existence de ces foyers, constitués de la sorte, suffit à elle seule pour confirmer, *histologiquement*, le diagnostic de sclérose tubéreuse hypertrophique chez Blach... mais l'étude des autres foyers nous a paru particulièrement intéressante pour le début du processus et l'enchaînement des lésions.

*Le foyer moyen* peut s'étudier convenablement dans le centre ovale d'une circonvolution donnée. Comme le montre très nettement le procédé de Weigert-Pal, les gaînes myéliniques des tubes nerveux ont beaucoup diminué de nombre : celles qui persistent sont petites et ne peuvent être suivies sur une grande étendue de leur trajet. A la place des tubes nerveux apparait un réticulum névroglique peu dense et constitué par des fibrilles très-fines ; ces fibrilles s'entrecroisent de façon à former des mailles, plus ou moins larges, parfois remplies d'une masse granuleuse. Là, les éléments cellulaires névrogliques sont très nombreux : noyaux volumineux, le plus souvent arrondis, à chromatine abondante, cellules-araignées de dimensions variables, à prolongements ramifiés et très longs. Les capillaires, qui se suivent aisément, sont bien développés et forment un réseau net, sans doute à cause de la raréfaction des tubes nerveux.

Il nous reste à préciser les caractères histologiques du *foyer initial*. Nous avons rencontré la lésion à son début

partout, dans la substance grise, dans la substance blanche. même dans la région voisine de la corne occipitale du ventricule latéral ; toujours, nous l'avons vu se constituer d'une façon identique, suivant un type très spécial : nous insistons à dessein sur cette lésion initiale, nous réservant de revenir, avec le D[r] Chaddock, sur la portée qu'elle peut avoir pour le mécanisme et la pathogénie de la sclérose tubéreuse hypertrophique. Ladite lésion, tout à son début, se présente, nous l'avons dit, en des points très variés, de la substance blanche ou de la substance grise, mais toujours dans le voisinage d'un vaisseau, artériole ou capillaire ; elle est représentée par un amas de trois à quatre grosses cellules, qui enserrent plus ou moins le vaisseau, lui constituant une sorte de virole. Ces grosses cellules, de 40 à 60 μ, ont un protoplasma très abondant, fortement coloré en rouge par le picro-carmin, dépourvu de pigment ou d'éléments granulés quelconques, au moins sur les coupes ainsi traitées. Le noyau, volumineux, occupe le centre ou la périphérie de la cellule, même, sans doute à cause des hasards de la coupe, il apparait parfois comme hernié, prêt à faire saillie en dehors de la masse protoplasmique ; enfin, des prolongements, peu nombreux, mais gros, se voient sortant de la cellule. En un mot, les caractères de ces cellules, leur morphologie générale, leur situation périvasculaire, tout nous porte à croire qu'il s'agit là de cellules-araignées volumineuses, en voie d'hypergénèse. Plus tard, à un stade un peu plus avancé, les amas périvasculaires arrivent à se toucher les uns les autres parce que les mêmes cellules géantes se développent dans les espaces laissés libres au début de la lésion. Bientôt, à côté de l'hypergenèse des cellules névrogliques, prend place l'hypergénèse des fibrilles névrogliques, et tout le processus pathologique se déroule. Nous espérons, prochainement, revenir sur ces principaux stades évolutifs de la sclérose tubéreuse hypertrophique, en rapprochant de ce cas plusieurs autres empruntés à la belle collection de M. Bourneville.

| NOMS. | Age. | Sexe. | DIAGNOSTIC. | NATURE DES CRISES. |
|---|---|---|---|---|
| Pit.......... | 15 ans. | F. | Idiotie, épilepsie hémiplégique. | Accès et vertiges. |
| Bour........ | 5 ans. | G. | Idiotie, épilepsie, maladie bleue. | Id. |
| Mar......... | 4 ans. | G. | Idiotie, épilepsie. | Id. |
| Caill........ | 21 ans. | G. | Idio., èpil. procursiv. | Accès. |
| Boull ....... | 5 ans 1/2. | G. | Idiotie, épilepsie. | Id. |
| Lauti ....... | 6 ans. | F. | Idiotie. | Ni accès, ni vertiges. |
| Blanch...... | 3 ans. | F. | Idiotie, épilepsie. | Pas d'accès, Vertiges. |
| Bertra...... | 16 ans. | F. | Imbécillité, épilepsie. | Accès et vertiges. |
| Pier........ | 9 ans 1/2. | G. | Idiotie, épilepsie. | Ib. |
| Grosma .... | 14 ans. | G. | Idi. épil., paraplégie. | Accès. |

| MÉNINGO-<br>ÉNCÉPHALITE. | BIBLIOGRAPHIE. | CAUSES DE LA MORT. |
|---|---|---|
| de méningo-<br>ncéphalite. | *Archives de Neurologie* t. I, 1880-1881, p. 81. | Série d'accès, pneumonie. |
| Id. | *Comp.-rendu*, et *Progrès Médical*, a. 1880-1881, nº 9, p. 1. *Archives de Neurologie* t. I, 1880-1881, p. 397. | Maladie bleue, pneumonie. |
| Id. | *Progrès-Médical*, a. 1881, p. 667. *Société anatomique*, 1881, p. 180. | Rougeole, bronchopneumonie. |
| Id. | *Thèse Thibal*, 1880, p. 57. | Pleurésie enkystée. |
| Id. | *Progrès Médical*, 1881, p. 100 et 54?. *Société anatomique* a. 1881. | État de mal. |
| Méningo-<br>encéphalite. | *Compte-rendu*, de 1895, p. 98. | Tuberculose, pulmonaire, cachexie. |
| Méningo-<br>encéphalite. | Voir plus haut, p. 183. | Entérite |
| Id. | Inédite. | État de mal. |
| Id. | Inédite. | Tuberculose généralisée. |
| Id. | Inédite. | Cachexie et tuberculose. |

**Réflexions.**

I. L'*hérédité* est peu chargée, au moins d'après ce que nous savons sur la famille. Du côté paternel, nous relevons : quelques *excès de boisson* du père, une *congestion cérébrale* chez l'une des arrière-grand'mères paternelles, un peu de *paralysie* chez l'autre. — Du côté maternel, des *névralgies* dentaires (?), des *céphalalgies*, des *migraines*, en somme, peu de chose.

II. Tout semble indiquer que l'enfant a été *normale* jusqu'au-delà de six mois. A dix mois, elle ne l'était plus. Entre ces deux époques sont survenues des *convulsions* sur les caractères desquelles les renseignements font absolument défaut et qui ont déterminé l'*idiotie complète* : regard fixe, attention, préhension, parole nulles, convulsions répétées, accès de cris, grincements de dents, surdité apparente, pâleur intermittente de la face, balancement du tronc, etc.

III. Durant son séjour à la Fondation, en dépit des mauvaises conditions qu'offrait l'enfant, nous avons obtenu une amélioration relative portant sur l'attention, le caractère, l'affectivité et la marche.

IV. La *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse*, qui a eu pour conséquence une *idiotie profonde*, doit être rattachée aux convulsions que l'enfant a eues de six à dix mois.

V. La *méningo-encéphalite* concomitante s'est-elle produite en même temps que la sclérose tubéreuse ou ultérieurement, nous ne saurions nous prononcer sur ce point intéressant, ni expliquer le lien qui peut unir ces deux lésions. Cette complication ne fait que rendre plus difficile la description clinique de l'idiotie symptomatique de la sclérose tubéreuse. Les accès de

colère et de cris, les changements de coloration de la face, les grincements de dents, etc., nous paraissent des symptômes sous la dépendance de la *méningo-encéphalite.*

VI. Le tableau qui précède montre que l'idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse se complique souvent, au point de vue *clinique, d'épilepsie*, neuf fois sur dix; que l'épilepsie se manifeste sept fois sur neuf par des *accès* et des *vedtiges*, une fois par des *accès* une fois par des *vertiges*. Sous le rapport *anatomo-pathologique* nous voyons, dans le même tableau, qu'à la *sclérose tubéreuse* s'ajoute, cinq fois sur dix, la *méningo-encéphalite.*

---

XIII.

## Action de l'alcoolisme sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie.

Par **BOURNEVILLE.**

1773 enfants *idiots*, *épileptiques*, *imbéciles* ou *hystériques* sont entrés dans notre service de Bicêtre depuis le 1er janvier 1879 jusqu'à la date du 1er janvier 1898.

| | | |
|---|---|---|
| Les pères de | 667 | enfants faisaient des excès de boissons. |
| Les mères de | 59 | enfants faisaient des excès de boissons. |
| Les pères et mères de | 21 | enfants faisaient des excès de boissons. |
| Dans | 242 | cas, nous n'avons pas de renseignements sur l'alcoolisme des ascendants. |
| Les pères et mères de | 775 | enfants étaient sobres. |
| | 1.773 | |

En outre, la conception durant l'ivresse du père a été relevée chez 154 malades et la conception probable chez 43 malades. Nous n'avons pas de renseignements précis sur la conception chez 1.143 enfants et aucun renseignement sur la conception chez 435.

Cette statistique, que nous complétons chaque fois que l'occasion s'en présente en réinterrogeant les familles, montre d'une façon indubitable l'influence néfaste, désastreuse de l'*ivrognerie* sur la descendance.

## Travaux scientifiques faits dans le service.

*(Thèses et mémoires).*

### 1880.

LEROY (A.). — *De l'état de mal épileptique.* Thèse de Paris.

SÉGLAS (J.). — *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

BOURNEVILLE. — *Contribution à l'étude de l'idiotie.* — Ce travail comprend deux parties, dont la seconde a été faite en collaboration avec M. Brissaud. *(Archives de neurologie,* 1880, t. I, p. 69 et 399). — *Contribution à l'étude de la démence épileptique.* (*Archives de neurologie,* 1880, p. 213).

### 1881.

RIDEL SAILLARD (G.). — *De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais.)* Thèse de Paris.

D'OLIER (H.). — *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses, considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.* Mém. qui a obtenu le prix Esquirol. *(Annales médico-psycholog.,* sept. 1881) et tirage à part aux bureaux du *Progrès Médical).*

SADRAIN (G.). — *Étude sur le traitement des attaques d'hystérie et des accès d'épilepsie.* In-8° de 56 p. Th. de Paris.

HUBLÉ. (M.). — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie.* Thèse de Paris.

MORLOT (E.). — *Sur une forme grave de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

COULBAUT (G.). — *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1882.

BRICON (L.). — *Du traitement de l'épilepsie :* Hydrothérapie. — Arsenicaux. — Magnétisme minéral. — Sels de pilocarpine. — Curare, etc. Thèse de Paris.

ROUX (G.-L.). — *Traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle.* Thèse de Paris.

WUILLAMIER (Th.). — *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1887.

Mme SOLLIER (A.). — *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.* Thèse de Paris.

1888.

THIBAL. — *Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse ou hypertrophiqne du cerveau.* Thèse de Paris.

1889.

CORNET (P.). — *Traitement de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

GOTTSCHALK (A.). — *Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1891.

SOLLIER (P.). — *Psychologie de l'idiotie et de l'imbécillité.* Thèse de Paris.

RETROUVEY (A.). — *Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile.*

1892.

TAQUET. — *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.* Thèse de Paris.

VIVIER (A.). — *Contribution à l'étude clinique de l'épilepsie chez les enfants.* Thèse de Paris.

1893

NOIR. (J.). — *Étude sur les tics.* Thèse de Paris.

1895.

LEBLAIS (H.). — *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1896.

BOULLENGER (F.). — *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance.* Thèse de Paris.

GRIFFAULT (G.). — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie.* Thèse de Paris.

1898.

BALLARD. (J.). — *Comment meurent les épileptiques.* Thèse de Paris.

RELLAY (P.). — *Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

---

ERRATA.

Page 82, au lieu de *fig.* 17, lire *fig.* 7.
Page 170, ligne 13, au lieu de Rungès, lire Rungis.

# EXPLICATION DES PLANCHES

## PLANCHE I.

### IMBÉCILLITÉ ATHÉTOSIQUE.

Les *figures* 1, 2, 3, 4 représentent le malade Pet... à différents âges (voir page 26).

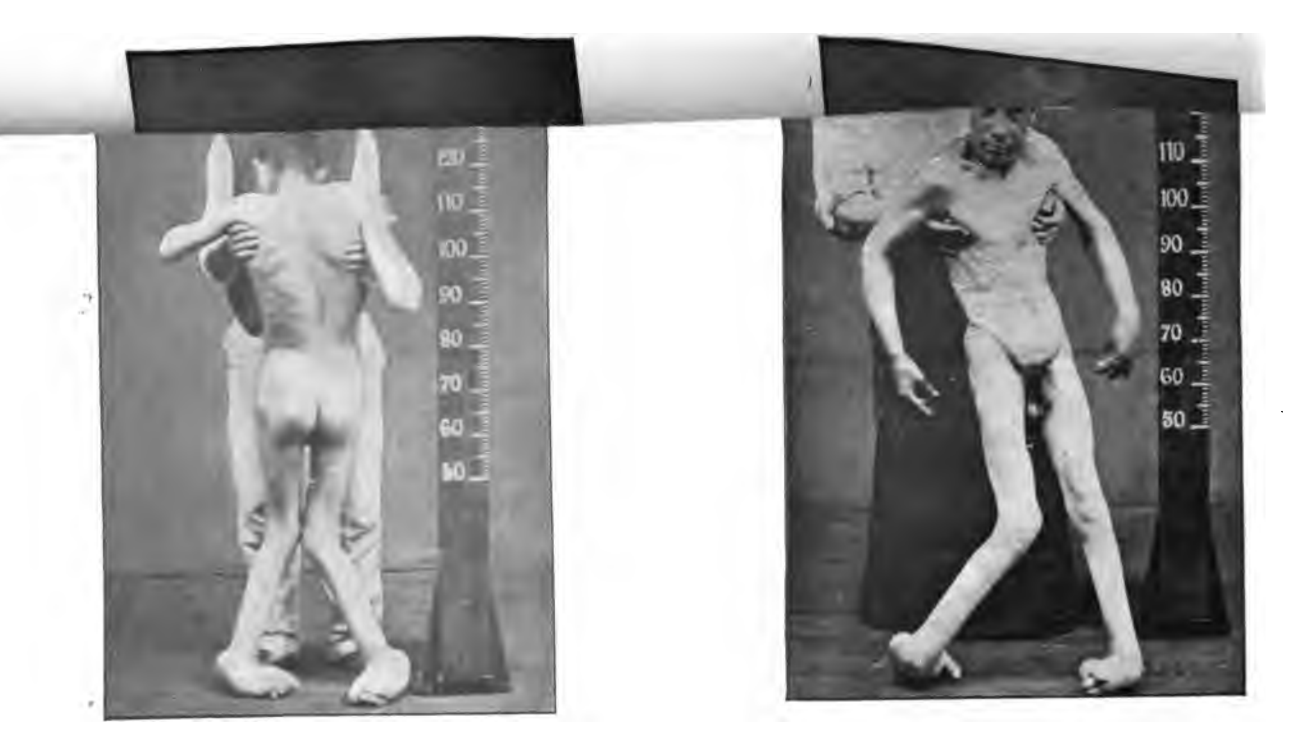



Fig. 3. — 22 ans.

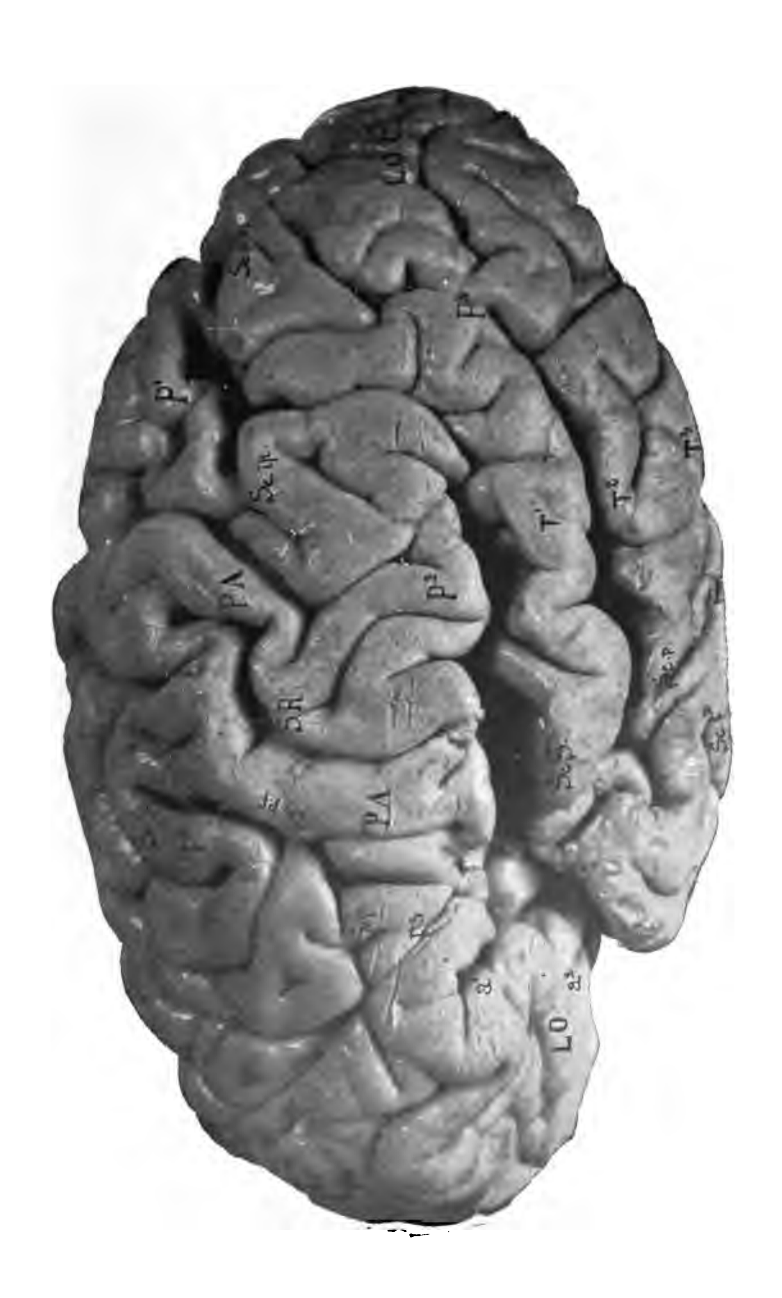
Fig. 4. — 22 ans.

## PLANCHE II.

IMBÉCILLITÉ ATHÉTOSIQUE (V. p. 35).

*Face externe ou convexe de l'hémisphère gauche.*

Sc S, scissure de Sylvius.
$a^1$, rameau antérieur ascendant de la scissure de Sylvius.
$a^2$, rameau antérieur horizontal de cette scissure.
S R, sillon de Rolando.
Sc. p. f., scissure parallèle frontale.
Sc. p. e., scissure perpendiculaire externe.
Sc. f. s., scissure frontale supérieure.
Sc. f, i., scissure frontale inférieure.
Sc. ip, scissure interpariétale.
Sc. p, scissure parallèle.
Sc. $t^2$., deuxième scissure temporale.
L O, lobe orbitaire.
$F^1$, $F^2$, $F^3$, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
PA, PA, circonvolutions frontale et pariétale ascendantes (c'est par erreur que la frontale ascendante a été indiquée par les lettres PA au lieu de FA.
$P_1$, pli pariétal supérieur.
$P_2$, pli pariétal inférieur.
$P_3$, pli courbe.
LOC, lobe occipital.
$T^1$, $T_2$, $T^3$, première, deuxième et troisième circonvolutions temporales.

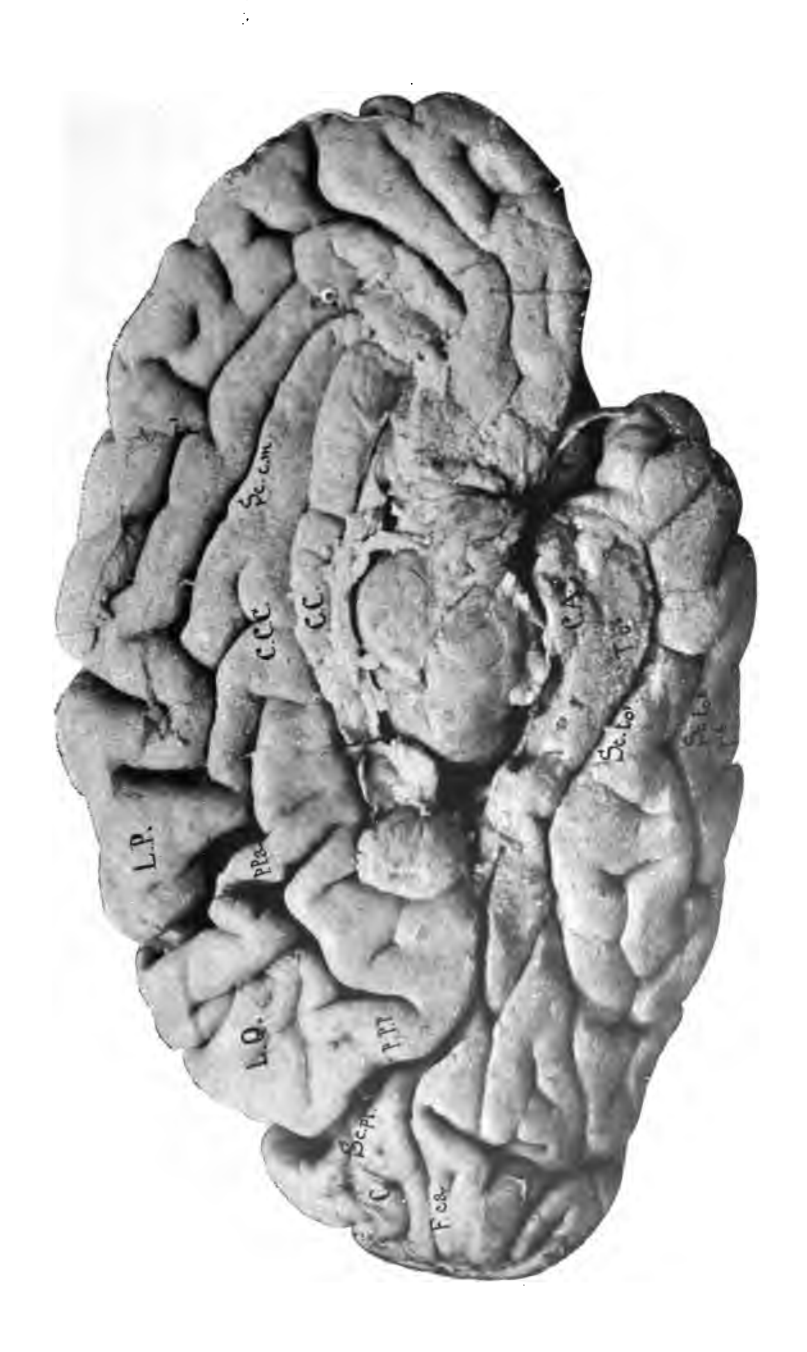


## PLANCHE III.

IMBÉCILLITÉ ATHÉTOSIQUE (V. p. 35).

*Face interne de l'hémisphère gauche.*

Sc c.m., scissure calloso-marginale,
Sc pi, scissure perpendiculaire interne.
F ca, fissure calcarine.
Sc $to_1$, première scissure temporo-occipitale.
Sc $to_2$, deuxième scissure temporo-occipitale.
$F_1$, première circonvolution frontale interne.
C C C, circonvolution du corps calleux.
C C, corps calleux.
LP, lobe paracentral.
LQ, lobe quadrilatère ou avant-coin.
C, coin.
T $o_2$., deuxième circonvolution temporo-occipitale.
$T_3$, troisième circonvolution temporale.
P P a., pli pariéto-limbique antérieur.
P P P, pli pariéto-limbique postérieur.
C A, corne d'Ammon.


Sc.c.m.
C.C.C.
C.C.
C.A.
L.P.
L.Q.
Sc.p.
F.c.a.

## PLANCHE IV.

### IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

Les *figures*, 1, 2, 3, 4 représentent le malade Cur... à différents âges. (Voir p. 40).

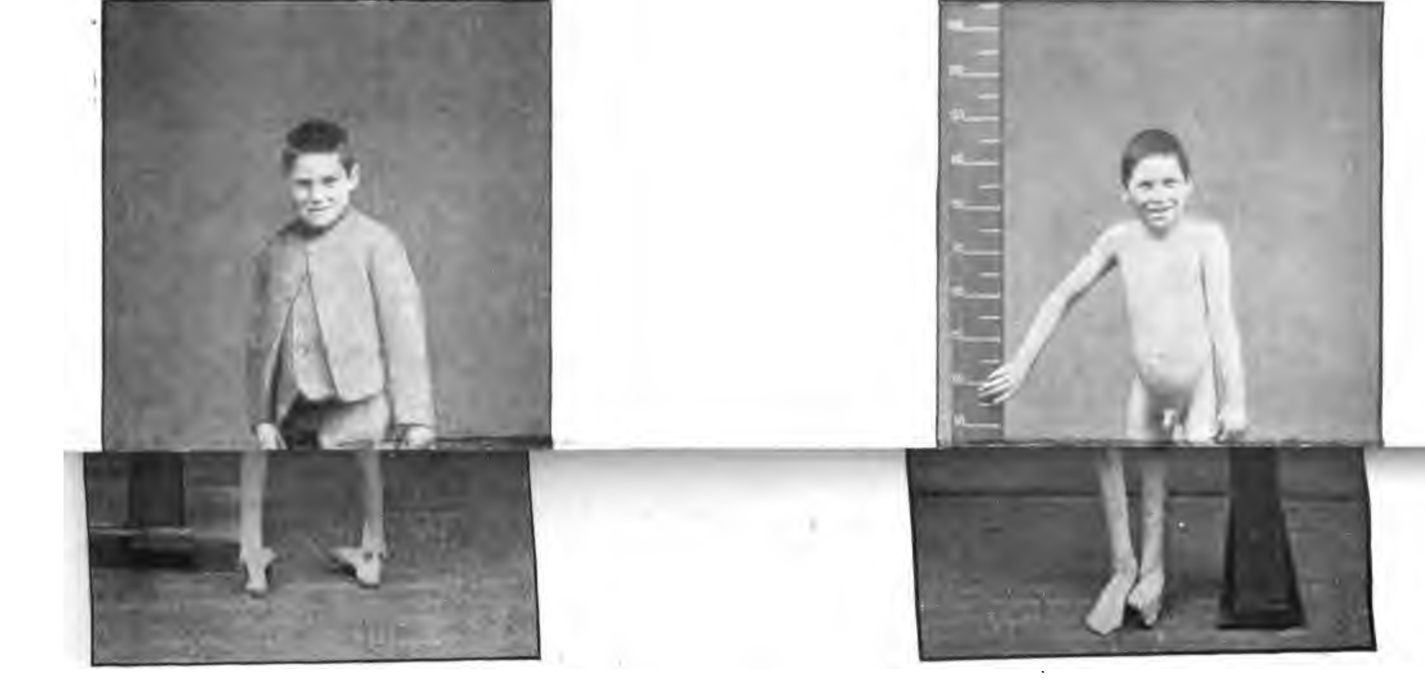


Fig. 3. — Cur... 9 ans.

Fig. 4. — Cur... 17 ans.

## PLANCHE IV.

### IDIOTIE MÉNINGITIQUE.

Les *figures*, 1, 2, 3, 4 représentent le malade Cur... à différents âges. (Voir p. 40).

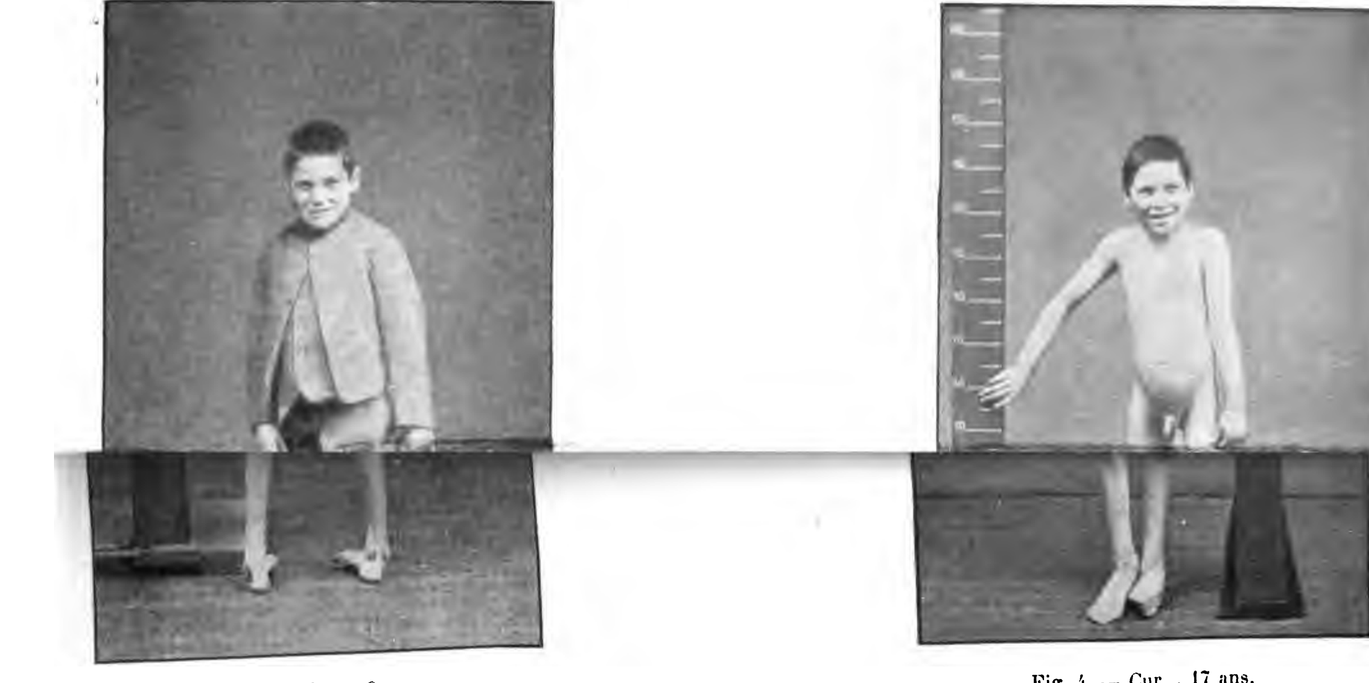


Fig. 3. — Cur... 9 ans.

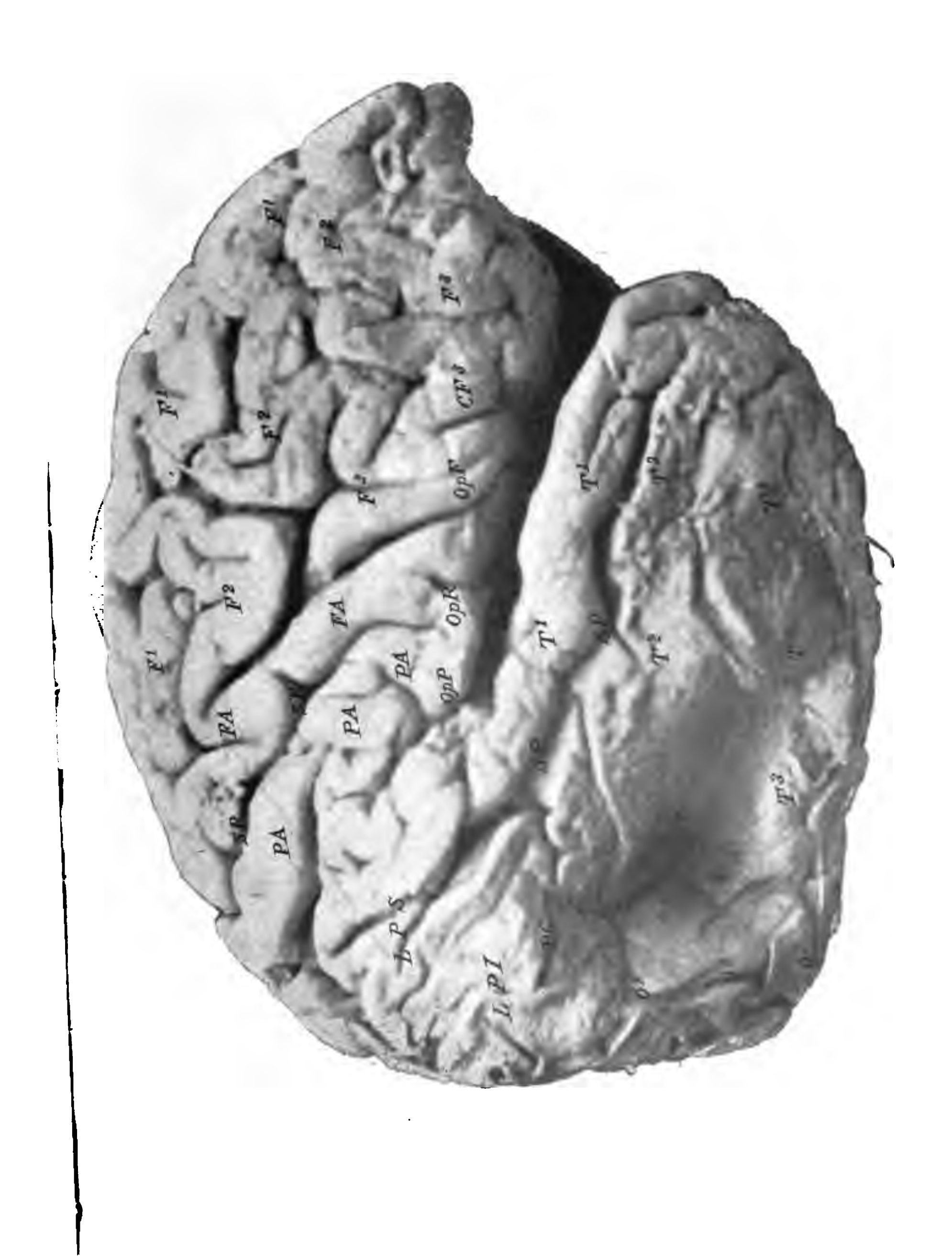
Fig. 4. — Cur... 17 ans.

## PLANCHE V.

### IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE (V. p. 96).

*Face externe ou convexe de l'hémisphère droit.*

S S, scissure de Sylvius.
S R, sillon de Rolando.
$F_1$, $F_2$, $F_3$, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.
F A, frontale ascendante.
P A, pariétale ascendante.
L P S, lobule pariétal supérieur.
L P I, lobule pariétal inférieur.
P C, pli courbe.
S P, scissure parallèle.
$O_1$ $O_2$ $O_3$, première, seconde et troisième circonvolutions occipitales.
$T_1$ $T_2$ $T_3$, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.
Op P, opercule pariétal.
Op R, opercule rolandique.
Op F, opercule frontal.
C $F_3$, cap de la troisième circonvolution frontale.


F¹
F²
F³
CF3
OpF
FA
OpR
PA
OpP
SP
LPS
LPI
T¹
T²
T³

## PLANCHE VI.

### IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE (V. p. 97).

*Face interne de l'hémisphère cérébral droit.*

$F_1$, première circonvolution frontale.
S R, sillon de Rolando.
L P., lobule paracentral.
S P E., scissure perpendiculaire externe.
A C, avant-coin.
C, coin.
C C C, circonvolution du corps calleux.
C C, corps calleux.
C O S, corps strié.
V, ventricule latéral.
P, pédoncule.
C B, carrefour olfactif de Broca.
P F L., pli frontal limbique.
G R, gyrus rectus.
C H, circonvolution de l'hippocampe.
$T_2$; deuxième circonvolution temporale.
$T_3$; troisième circonvolution temporale.
L G, lobule lingual.

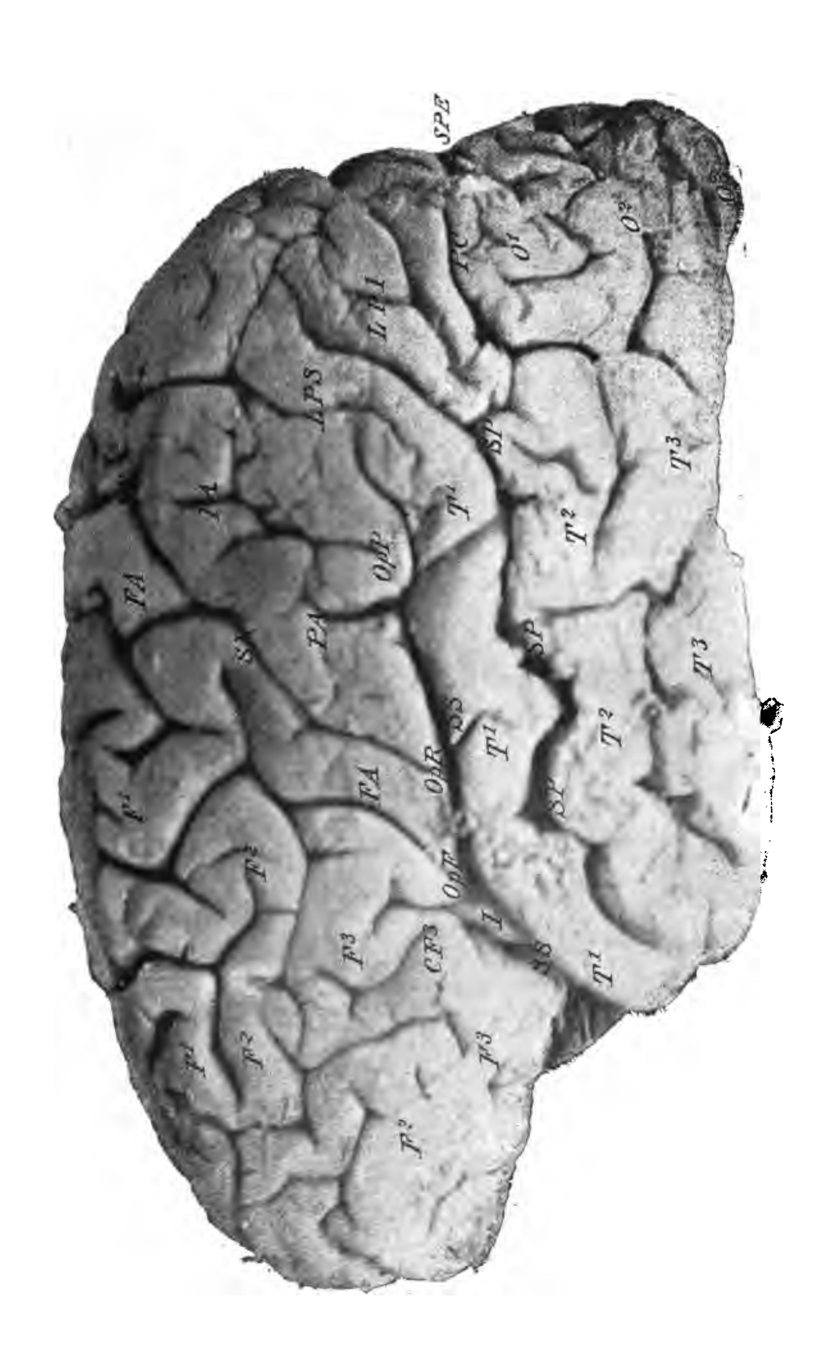

SR
SPE
AC
Lg
CCC
C
CH
CCC
V
CC
CCC
V
CH
CH
Cal
P
T2
CR
pfl
CR

## PLANCHE VII.

### IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE (V. p. 97).

*Face externe ou convexe de l'hémisphère gauche.*

$F_1$, $F_2$, $F_3$, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
S R, sillon de Rolando.
F A, circonvolution frontale ascendante.
P A, circonvolution pariétale ascendante.
C $F_3$, cap de la troisième circonvolution frontale.
Op R, opercule rolandique.
S S, scissure de Sylvius.
Op P, opercule pariétal.
L P S, lobule pariétale supérieur.
L P I, lobule pariétal inférieur.
S P E, scissure perpendiculaire externe.
P C, pli courbe.
S P, scissure parallèle.
$T_1$, $T_2$, $T_3$, première, deuxième et troisième circonvolutions temporales.
$O_1$, $O_2$, $O_3$, première, deuxième et troisième circonvolutions occipitales.


SPE
LPI
LPS
PA
FA
SA
OpP
SS
OpR
OpF
I
CFS
SP

## PLANCHE VIII.

### IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE (V. p. 98).

*Face interne de l'hémisphère gauche*:

$F_1$, première circonvolution frontale externe.
L P, lobule paracentral.
A C, avant-coin.
S P E, scissure perpendiculaire externe.
C C C, circonvolution de corps calleux.
C C, corps calleux.
V, ventricule.
C O S, corps striés.
C B, carrefour olfactif de Broca.
Cal, calotte.
P F L, pli fronto-limbique.
G R, gyrus rectus.
Th, couche optique.
P, Pédoncule.
C, coin.
L G, lobule lingual.
$T_1$, $T_2$, $T_3$, première, deuxième et troisième circonvolutions temporales.
C H, circonvolution de l'hippocampe.


AC
CC
CH
CCC
CH
V
Th
CC
Cal
COS
CH
P
Tm
V
CCC
T2
CB
pfl
GR

## PLANLHE IX.

### CRANES D'HYDROCÉPHALES.

*Crânes* de Le G... et de Pint... (Voir p. 98.)

Ces deux *figures* montrent l'analogie existant entre ces deux crânes. Signalons dans tous les deux, non seulement l'*absence de synostose prématurée*, mais encore la *persistance* des *sutures métopiques*, partielle dans la *fig.* 1, et complète, dans la *fig.* 2.



Fig. 2. — Pint...

Fig. 1. — Le Ga...

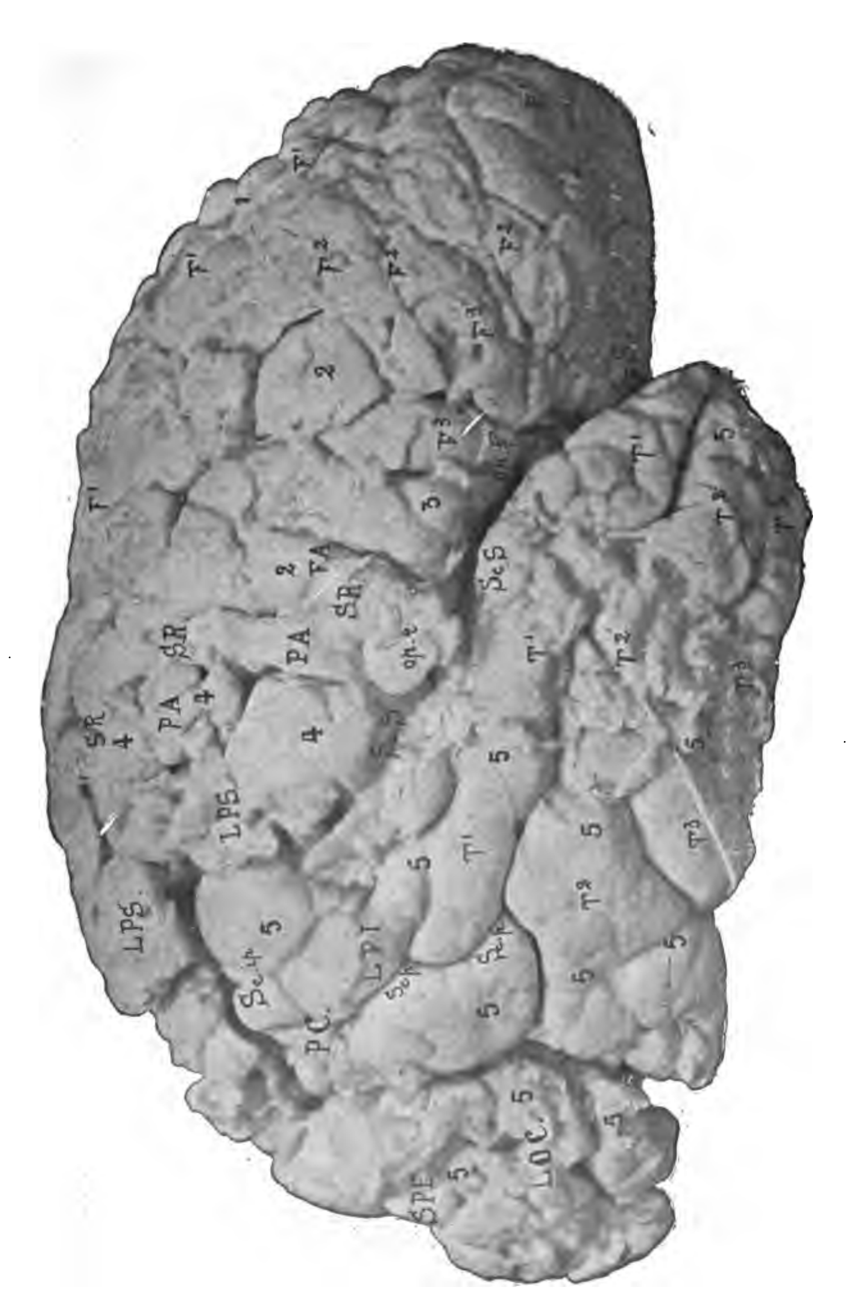
## PLANCHE X.

### SCLÉROSE TUBÉREUSE (V. p. 191).

*Face externe ou convexe de l'hémisphère droit.*

$F_1$, $F_2$, $F_3$, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
S R, sillon de Rolando.
L P S, lobule pariétal supérieur.
L P I, lobule pariétal inférieur.
P A, pariétale ascendante.
F A, frontale ascendante.
S S, scissure de Sylvius.
S Ip, scissure interpariétale.
S P, scissure parallèle.
P C, pli courbe.
S P E, scissure perpendiculaire externe.
L O C, lobe occipital.
Op F, opercule frontal.
L I, lobule de l'insula.
Op R, opercule rolandique.
$T_1$, $T_2$, $T_3$, première, deuxième et troisième circonvolutions temporales.

Les *chiffres* 1, 2, 3, 4, 5 indiquent les ilots de sclérose tubéreuse.



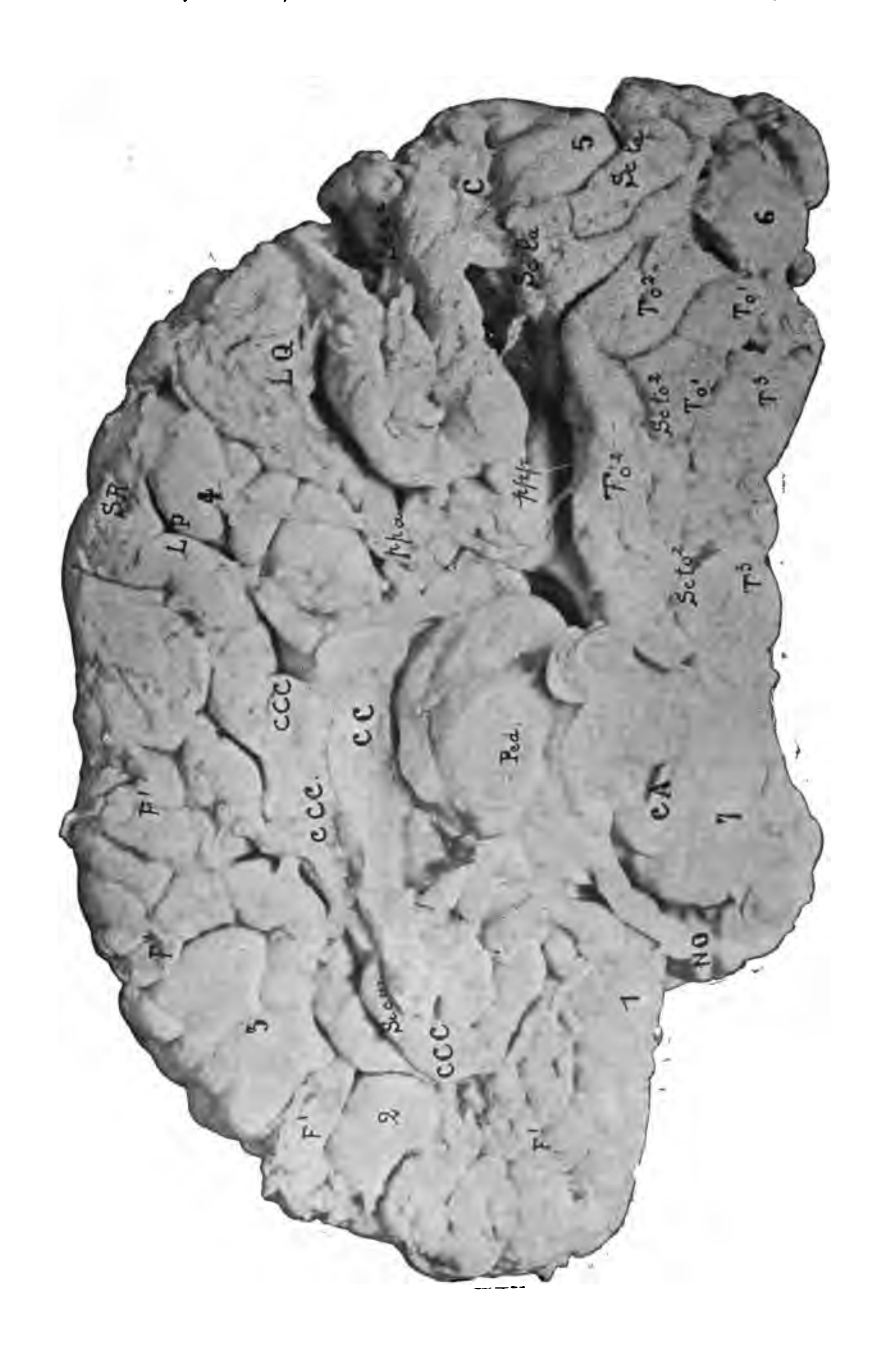
## PLANCHE XI.

### SCLÉROSE TUBÉREUSE (V. p. 192).

*Face interne de l'hémisphère droit.*

S R, sillon de Rolando.
L P, lobule paracentral.
L Q, lobule quadrilatère.
C C C, circonvolution du corps calleux.
C C, corps calleux.
Sc c m, scissure calloso-marginale.
p p a, pli pariéto-limbique antérieur.
p p p. pli pariéto-limbique postérieur.
Sc p e, scissure perpendiculaire interne.
c a, scissure calcarine.
P, pédoncule.
N O, nerf optique.
C A, corne d'Ammon.
C, coin.
$T^o_1$, $T^o_2$, $T^o_3$. circonvolutions temporo-occipitales.
Sc. $t^o_2$, deuxième scissure temporo-occipitale.
$T_3$, troisième circonvolution temporale.

Les *chiffres* : 1, 3, 3, 4, 5, 6, 7, indiquent les ilôts de sclérose tubéreuse.

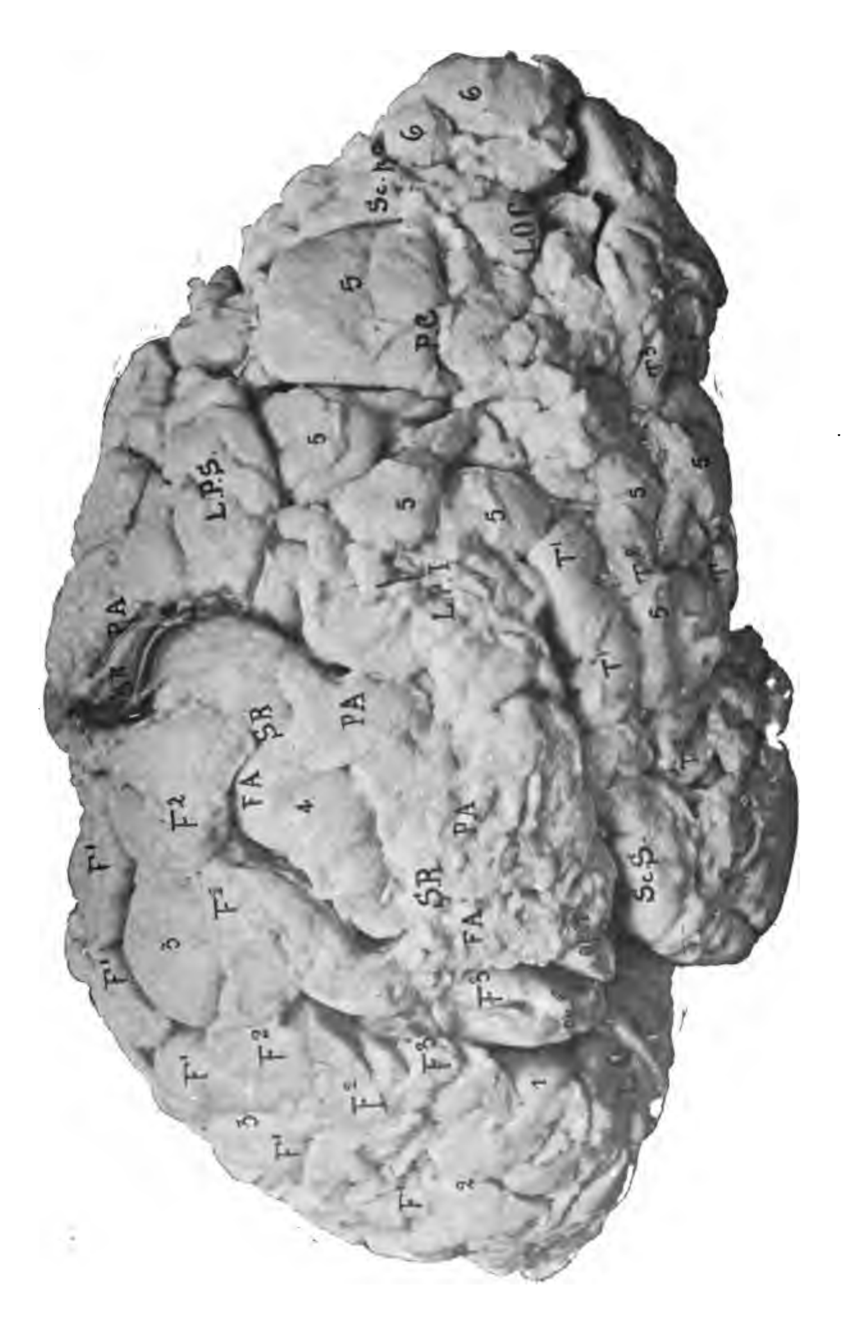

LQ
SR
CCC
CC
Ped.
NO

## PLANCHE XII.

SCLÉROSE TUBÉREUSE (V. p. 192).

*Face externe de l'hémisphère gauche.*

Les lettres ont la même signification que celles de la PLANCHE X.

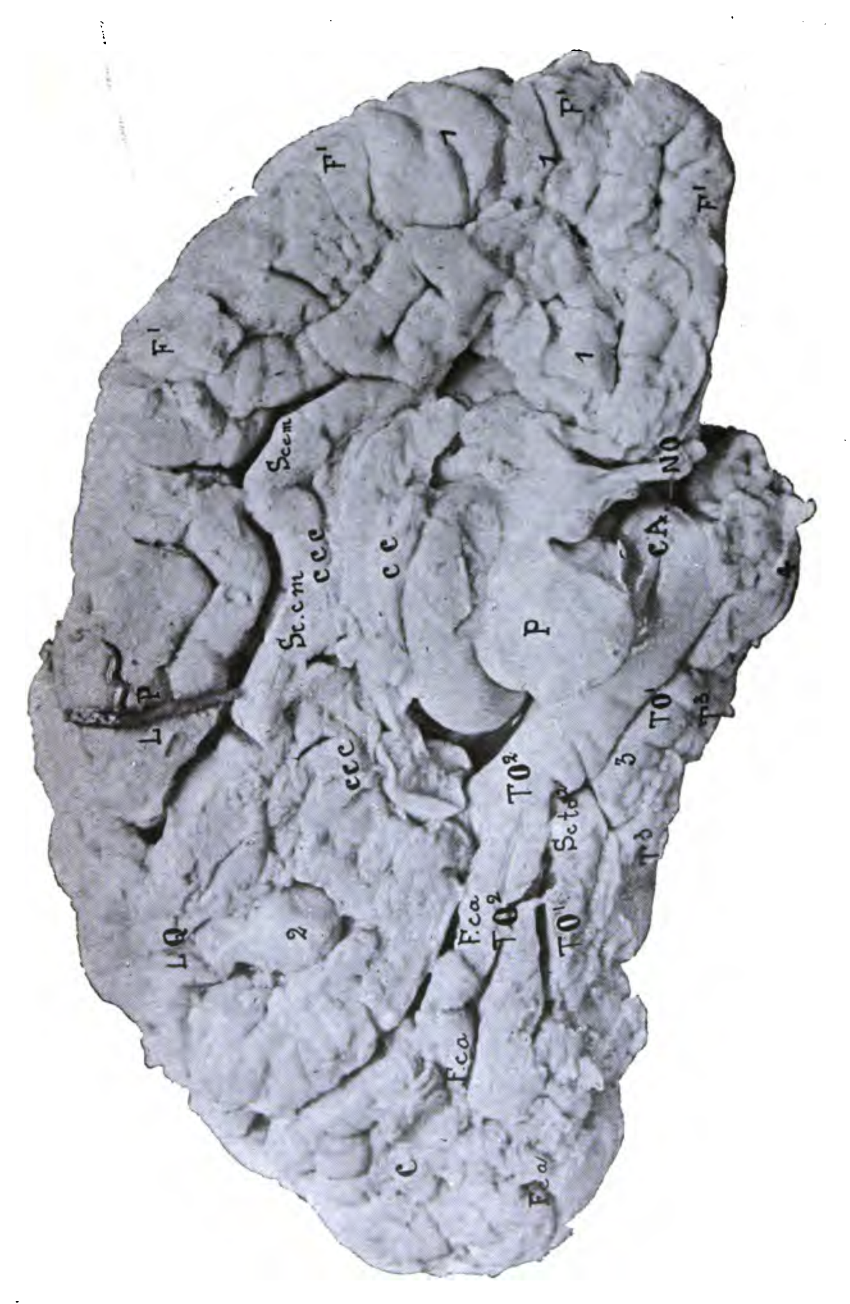

6
6
L.P.S.
5
P.C
5
5
5
L.P.T
T1
T2
T3
PA
SR
FA
4
PA
SR
PA
FA
F1
F2
F3
Sc.S.
1
2

### PLANCHE XIII.

SCLÉROSE TUBÉREUSE (V. p. 193).

*Face interne de l'hémisphère gauche.*

Les lettres ont la même signification que celles de la PLANCHE XI.



$F^1$
1
Sccm
ccc
cc
P
NO
CA
Sc.cm
LP
$TO^2$
$TO^1$
$T^3$
3
LQ
2
F.ca
C

# TABLE DES MATIÈRES

## PREMIÈRE PARTIE

## Histoire du service pendant l'année 1898.

### Section I : Bicêtre.

I. *Situation du service. — Enseignement primaire* ....... III
1° Enfants idiots, gâteux, épileptiques ou non, mais invalides *(Bâtiment Séguin)* ...... III
2° Enfants idiots, gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non, mais valides *(petite école)* ....... V
Petite école complémentaire ....... VI
3° Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non (*grande école*) ...... IX
Enseignement du chant ....... X
Escrime ....... X
Danse ....... XI
Société de gymnastique ....... XI
Fanfare et orphéon ....... XI
Musée scolaire ....... XII
Société des jeux ....... XII
Promenades et distractions ....... XIII
Visites, sorties, congés ....... XIV
Vaccinations et revaccinations ....... XV
Service dentaire ....... XV
Bains et hydrothérapie ....... XV
Améliorations diverses ....... XVI
Visites du service ....... XVI
Musée pathologique ....... XVIII

II. *Enseignement professionnel*................ XIX
Évaluation du travail des enfants......... XX
Énumération des produits fabriqués par les ateliers........................... XXI

III. *Statistique. Mouvement de la population*.... XXIII
Tableau général........................ XXIV
Décès.................................. XXIV
Sorties,................................ XXIV
Évasions................................ XXV
Transferts.............................. XXV
Thymus et glande thyroïde............... XXV
Tableau des décès....................... XXVIII
Maladies infectieuses................... XXXIV
Teigne.................................. XXXIV
Tableau des sorties..................... XXXVI
Maladies intercurrentes................. XLII
Population au 31 décembre............... XLII
Personnel du service en 1898............ XLII
Service hospitalier..................... XLIII

## SECTION II : **Fondation Vallée.**

I. *Situation du service. — Enseignement primaire*.................................. XLIV
Enfants idiotes gâteuses................ XLIV
Enfants idiotes, imbéciles, etc., valides. — Enseignement primaire et enseignement professionnel............................ XLVII
Enseignement du dessin.................. XLVIII
Enseignement du chant................... XLVIII
Danse................................... XLVIII
*Enseignement professionnel*............ XLIX
Visites, permissions de sortie, congés.... L
Revaccinations.......................... LI
Bains et hydrothérapie.................. LI
Promenades.............................. LII
Distractions............................ LII
Améliorations diverses.................. LII
Teigne. — Maladies intercurrentes....... LIII

II. *Statistique : mouvement de la population.* LIII
Tableau général......................... LIV

Décès .................................. LIV
Sorties .................................. LIV
Évasions ; transferts .................................. LIV
Population au 31 décembre 1898 .................................. LV
Personnel .................................. LV
Tableau des décès .................................. LVI
Tableau des sorties .................................. LX

SECTION III. — **Assistance des enfants idiots ; création de Classes spéciales, annexées aux écoles primaires, pour les enfants arriérés.**

I. *A MM. les membres de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine* .................................. LXV
§ I. SUISSE .................................. LXVII
§ II. ANGLETERRE .................................. LXXIX
§ III. BELGIQUE .................................. LXXXI
II. *Assistance et traitement médico-pédagogique des enfants anormaux* .................................. LXXXVII
III. *Criminalité des enfants et des adolescents; statistique* .................................. LXXXIX

DEUXIÈME PARTIE

**Clinique et anatomie pathologique.**

I. *Chorée; bromure de camphre; guérison rapide; par* BOURNEVILLE et KATZ ....... 3
II. *Idiotie hydrocéphalique*; par BOURNEVILLE et J. NOIR .................................. 17
III. *Athétose double avec mouvements convulsifs chroniques de la face simulant les tics convulsifs;* par BOURNEVILLE et CHAPOTIN .................................. 26
IV. *Idiotie légère symptomatique de méningite chronique; paraplégie et pieds bots;* par BOURNEVILLE et SÉBILLEAU .......... 40
V. *Inégalité de poids des hémisphères cérébraux* .................................. 57

VI. *État du faisceau pyramidal (bulbe et moelle) dans quatre cas de contracture spasmodique infantile (syndrome de Little)*; par CH. PHILIPPE et CESTAN ........ 60

VII. *Manie de l'adolescence avec nymphomanie*; par BOURNEVILLE et KATZ ........ 63

VIII. *Alcoolisme de l'enfance; instabilité mentale; imbécillité morale*; par BOURNEVILLE et J. BOYER ........ 84

IX. *Idiotie complète symptomatique d'hydrocéphalie ventriculaire*; par BOURNEVILLE et NOIR ... 93

X. *Épidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre*; par BOURNEVILLE et CHAPOTIN ........ 100

XI. *Instabilité mentale; hérédité très chargée; traitement médico-pédagogique; guérison*; par BOURNEVILLE et J. BOYER ........ 171

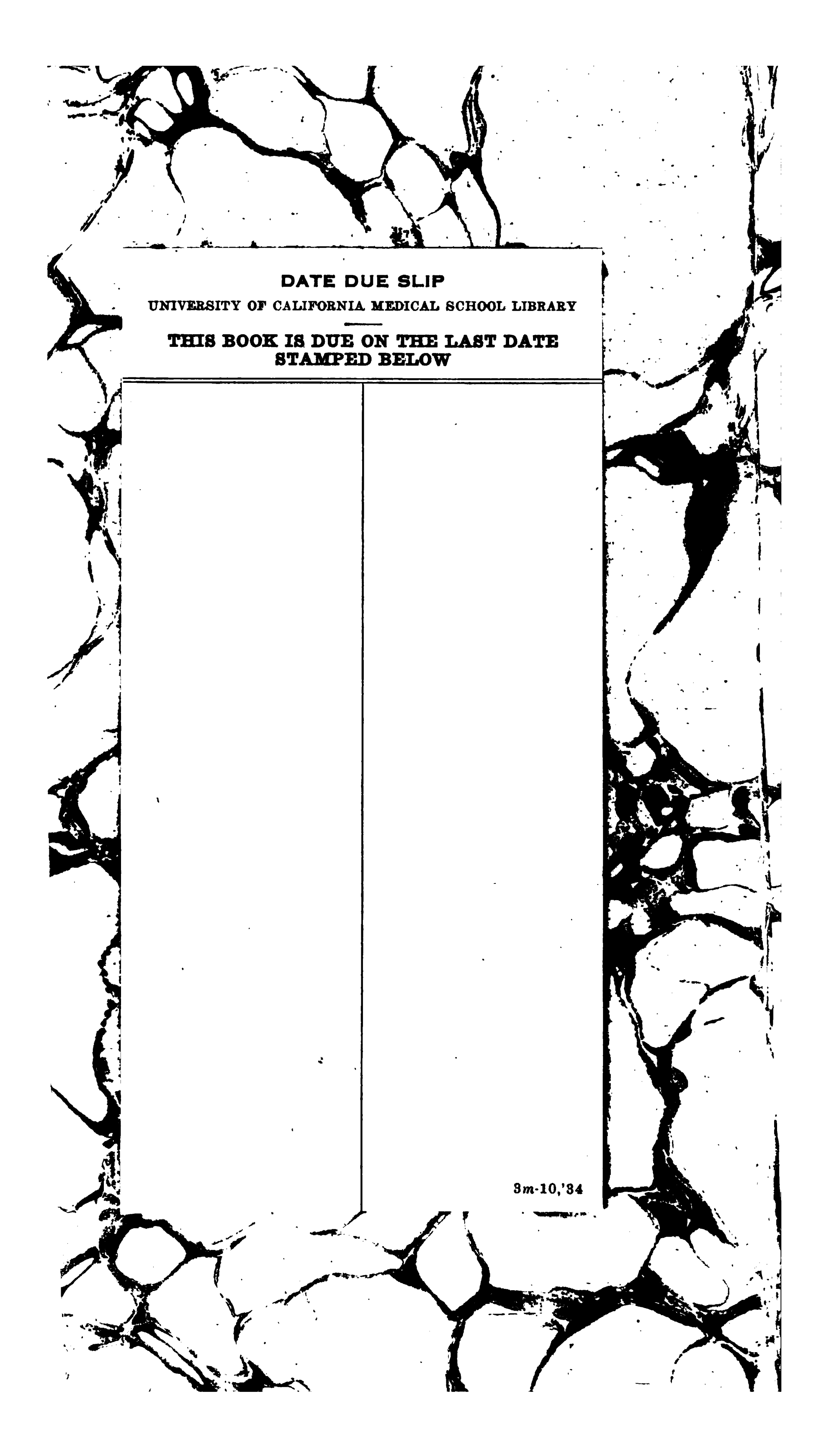
XII. *Idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse ou hypertrophique*; par BOURNEVILLE ........ 183
*Examen histologique*; par Ch. PHILIPPE ........ 194
*Réflexions*, par BOURNEVILLE ........ 200

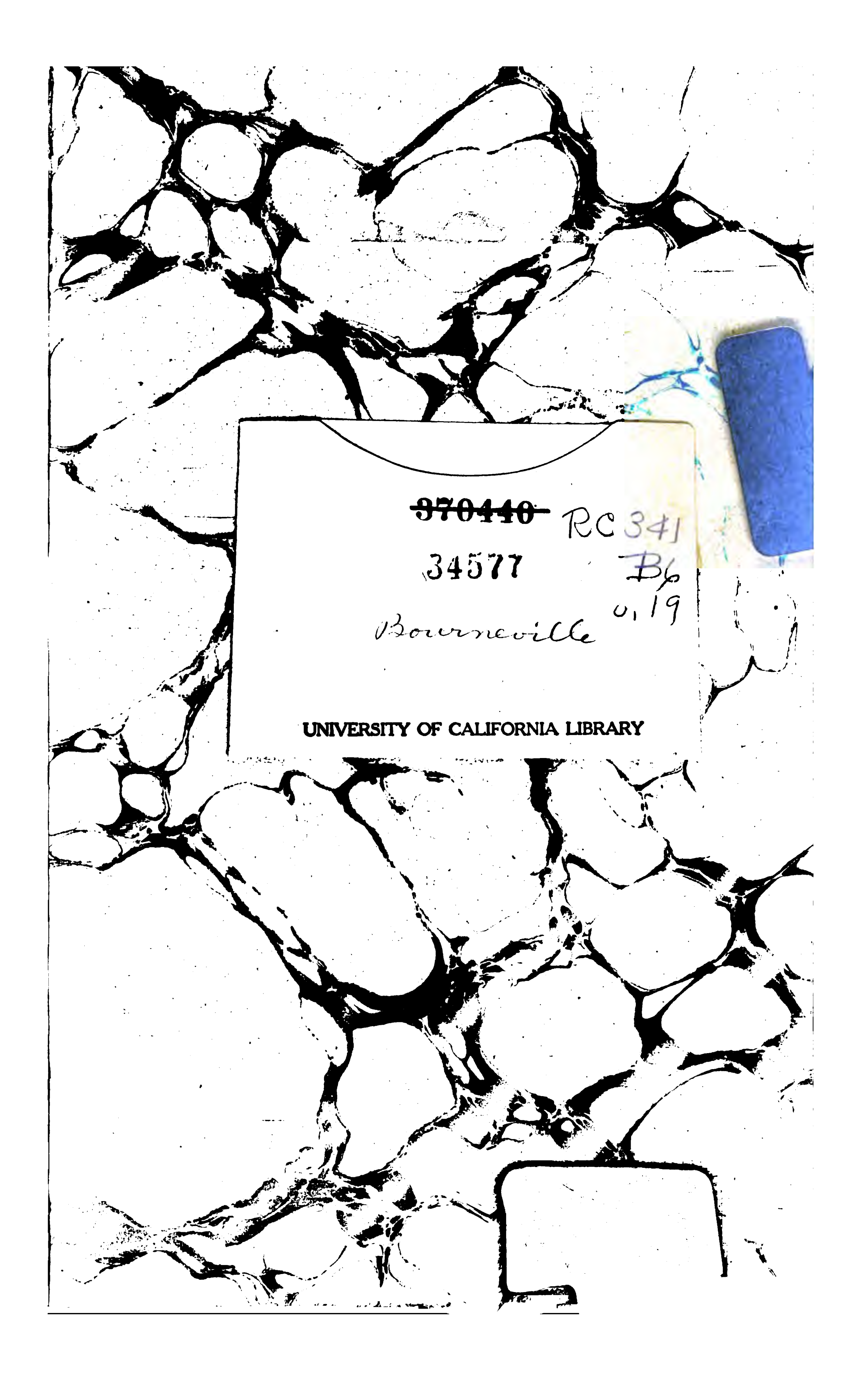
XIII. *Action de l'alcoolisme sur la production des maladies nerveuses*; par BOURNEVILLE ........ 202

TRAVAUX SCIENTIFIQUES FAITS DANS LE SERVICE (*thèses et mémoires*) ........ 203

EXPLICATION DES PLANCHES ........ 207

N° 64. — Imp. des Enfants de Bicêtre. — (6. 99.)


DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW
3m-10,'34



~~370440~~ RC 341
34577 B6
v. 19
Bourneville
UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

